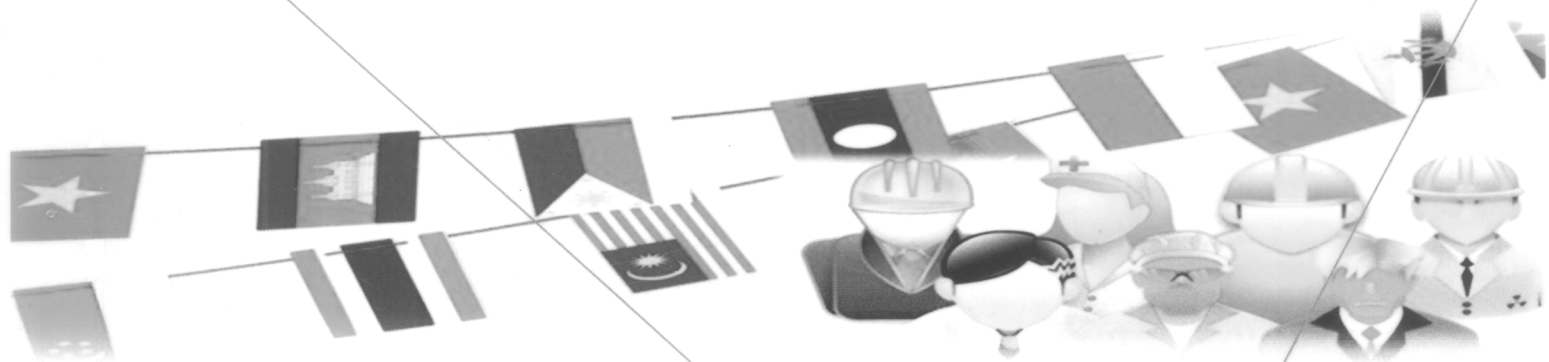




**การคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ
และความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล**

*Expectancy of the Impacts of ASEAN Economic Community toward Healthcare Service, and Intention
to Formulate the Strategic Planning for Preparation toward the ASEAN Economic Community
of Directors of Hospitals and Directors of Nursing*



2.5.T35

**รองศาสตราจารย์ ดร.นนช บุญยัง
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุมดวง
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่**

คำนำ

ประเทศไทยเข้าร่วมเป็นสมาชิกอาเซียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 รวมระยะเวลาเกือบ 50 ปี นับถึงปัจจุบัน แต่การเปลี่ยนแปลงเชิงระบบของประเทศไทยต่อการเข้าร่วมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เริ่มเห็นชัดเจนและเกิดขึ้นกับหลายองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะในช่วง 4 ปีที่ผ่านมาสืบเนื่องจากการประชุมปฏิญญาที่จังหวัดภูเก็ตเมื่อปี พ.ศ. 2552 เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และเป็นที่ทราบกันดีว่าเมื่อมีการเคลื่อนย้ายของประชากรระหว่างประเทศหรือในประเทศที่ดี และมีความต้องการด้านการได้รับการบริการสุขภาพ ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพจากการรวมตัวของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพและความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลภาครัฐ และหวังว่าผลการศึกษาคั้งนี้สามารถเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารจัดการสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆเพื่อเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่สืบเนื่องจากประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง
รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานวิจัยและพัฒนาในการประสานงานการยื่น โครงการเพื่อขอรับทุนอุดหนุนการทำวิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณา ถิ่นกรองโครงการวิจัย ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงต่อมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้ทุน สนับสนุนการทำวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสามท่าน รศ.ดร.ผจงศิลป์ เฟิงมาก ผศ.ดร.จิตติณัฐ อัครเดชะอนันต์ และนายแพทย์เจษฎา จงไพบุลย์พัฒนา ที่ได้กรุณาช่วยตรวจสอบความถูกต้องและ ความชัดเจนเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามการวิจัยครั้งนี้ซึ่งเป็นเรื่องใหม่ในระบบสุขภาพของไทยและ ขอขอบคุณ คุณกฤตยา แดงสุวรรณ และคุณเพลิน ศรีชัยในการตรวจสอบความเรียบร้อยของการจัดทำ รายงานฉบับสมบูรณ์ รวมทั้งออกแบบปกการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลใน โรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศเป็นอย่างยิ่งที่กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการตอบ แบบสอบถามการวิจัยอย่างสมบูรณ์

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

รองศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ต่อการบริการสุขภาพ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (67 คน) และหัวหน้าพยาบาล (83 คน) 2) ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (67 คน) และหัวหน้าพยาบาล (83 คน) โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกได้รับการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล 2) แบบสอบถามผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ ตามการคาดการณ์ของของกลุ่มตัวอย่างสร้างขึ้นตามการประยุกต์กรอบแนวคิดผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ของเวสเลย์ และ มินซ์เบิร์ก และ 3) แบบสอบถามความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่ผู้วิจัยสังเคราะห์กรอบแนวคิดทฤษฎีของการกระทำอย่างมีเหตุผล (theory of reasoned action) ของ แอนสพอก ดิกแนนและ แอนสพอก และกรอบผู้นำวิสัยทัศน์ของเวสเลย์ และ มินซ์เบิร์ก เครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์ครอนบักแอลฟา โดยส่วนที่ 2 = .79 และส่วนที่ 3 = .82 ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 7 เดือน การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพทั้ง 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านกระบวนการรักษาพยาบาล 2) ด้านลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล 3) ด้านคุณภาพการบริการสุขภาพ 4) ด้านการบริหารจัดการองค์กร และ 5) ด้านการตลาด เป็นทิศทางเดียวกันในทางบวกมากกว่าทางลบ มีเพียงส่วนน้อยที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลคาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อการบริการสุขภาพด้าน 1) ความรวดเร็วในการรักษา 2) การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน และ 3) คุณภาพการรักษาพยาบาล สำหรับความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับ AEC มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวม และรายด้านทุกด้านได้แก่ ด้านการกำหนดเป้าหมาย การวิเคราะห์สภาพแวดล้อม และการปรับกลยุทธ์ อยู่ในระดับมาก และการคาดการณ์ผลกระทบโดยรวมและรายด้านของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญ

ABSTRACT

This descriptive research aimed to 1) explore the level of directors of the hospitals (DHs) ($n_1=67$) and directors of nursing (DNs) ($n_2=83$) expectation the impact of the ASEAN Economic Community (AEC) toward healthcare service 2) explore the level of DH ($n_1=67$) and DN($n_2=83$)'s intention to formulate the strategic plan for the AEC. The sample who worked in hospital medical education centers was selected purposively, but those who worked in general hospitals and regional hospitals were simple random sampling without replacement. The instruments consisted of three parts: part 1 was a demographic data of the DHs and the DN, part 2 was a questionnaire of the DHs/DNs' expectation the impact of the AEC toward healthcare service which developed by the researcher based on Westley and Mintzberg's visionary leadership, and part 3 was a questionnaire of the DHs/DNs' intention to formulate the strategic plan for the AEC which developed by the researcher based on Anspaugh, Dignan, and Anspaugh's theory of reasoned action and Westley and Mintzberg's visionary leadership. The instrument part 2 and part 3 were validated by three experts and were tested for the reliability with the Chronbach alpha coefficient yielding a value of .79 and .82 respectively. Data were collected for 7 months. Data were analyzed by percentage, mean and standard deviation.

The results showed that majority of both the DHs and the DN similarly expected the positive impacts greater than the negative impacts of AEC toward healthcare service in all dimensions including 1) the process of healthcare service, 2) the characteristics of providing the healthcare service, 3) the quality of the healthcare service, 4) the organizational management, and 5) the marketing. However, few of both DHs and the DN expected the AEC had no any impact on these three main issues: 1) the speed of providing healthcare services, 2) preparation for disaster management, and 3) quality of healthcare services. The overall mean scores and mean scores by dimension including the goal setting, environmental analysis, and strategic formulation of the intention to formulate the strategic planning for the AEC both of the DHs' and the DN were at a high level. In addition, the DHs' expectation was moderate positively significant correlated with the DH's intention to formulate the strategic planning for the AEC ($p<.01$) as same as the DN's.

Associate. Professor. Nongnut Boonyoung

Associate. Professor. Sasitorn Phumdoung

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	(2)
กิตติกรรมประกาศ.....	(3)
บทคัดย่อ.....	(4)
Abstract.....	(5)
สารบัญ.....	(6)
รายการตาราง.....	(8)
บทที่	1
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	2
คำถามการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิด.....	3
นิยามศัพท์.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	5
2 การทบทวนวรรณกรรม.....	6
ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อ การบริการสุขภาพ.....	6
ความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์.....	11
แนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจ.....	11
การรับรู้และการแปลความต่อสถานการณ์.....	12
กระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์.....	15
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	16
3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	18
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	18
เครื่องมือในการวิจัย.....	19
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	20

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การรวบรวมข้อมูล.....	21
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	21
4 ผลการศึกษาและอภิปรายผล.....	23
ผลการวิจัย.....	23
อภิปรายผลการวิจัย.....	60
5 การสรุปผลการวิจัย.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	73
ข้อเสนอแนะ.....	75
เอกสารอ้างอิง.....	76
ภาคผนวก.....	85
ภาคผนวก ก แบบสอบถามการวิจัย.....	86
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	116
ภาคผนวก ค การขอเชิญเข้าร่วมโครงการ.....	117

รายการตาราง

ตาราง	หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาลตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล..... 25
2	จำนวน ร้อยละของผลกระทบ AEC และระดับของผลกระทบต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาลตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล..... 27
3	จำนวนร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อคุณภาพการบริการสุขภาพตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล..... 30
4	จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กรตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล..... 32
5	จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อการตลาดตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล..... 34
6	จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาลตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล..... 36
7	จำนวน ร้อยละของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาลตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล..... 38
8	จำนวนร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบของ AEC ต่อคุณภาพการบริการสุขภาพตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล..... 41
9	จำนวนร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กรตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล..... 43
10	จำนวน ร้อยละของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบของ AEC ต่อการตลาดตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล..... 45
11	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความตั้งใจ และ ค่าที่อิสระของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในการจัดทำแผนกลยุทธ์ โดยรวมและรายด้าน เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน..... 47
12	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านการกำหนดเป้าหมายเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน..... 49

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า	
13	<p>ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านการวิเคราะห์ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.....</p>	51
14	<p>ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านการกำหนดกลยุทธ์ เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.....</p>	55
15	<p>จำนวนความสัมพันธ์ระหว่างระดับผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ตามความคาดหวังกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล.....</p>	58
16	<p>ความสัมพันธ์ระหว่างระดับผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนตามความ คาดหวังกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจ อาเซียนของหัวหน้าพยาบาล.....</p>	59

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการให้บริการของระบบสุขภาพของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องจากปัจจัยหลายประการ เช่น การประกันสุขภาพ การเบิกจ่ายค่ารักษา ลักษณะการเจ็บป่วย ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ และโอกาสในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เป็นต้น ในการบริหารจัดการการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในประเทศส่งผลให้ผู้บริหารทุกระดับที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลเริ่มมีการปรับเปลี่ยนวิธีการบริหารจัดการเพื่อให้เกิดคุณภาพการรักษาพยาบาลตามมาตรฐานของหน่วยงาน มาตรฐานองค์กรวิชาชีพและตรงตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ อีกทั้งในปี พ.ศ.2558 จะมีการรวมตัวของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนนำมาสู่การเคลื่อนย้ายของประชากรของแต่ละประเทศในการประกอบธุรกิจ ประเทศไทยในฐานะประเทศสมาชิกของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ต้องเผชิญกับกลุ่มผู้ใช้บริการด้านสุขภาพจากประเทศสมาชิกอื่นอีก 9 ประเทศ เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งเดิมโรงพยาบาลเอกชนที่ประสบความสำเร็จระดับประเทศของไทยมีจำนวนผู้ใช้บริการประมาณร้อยละ 30-50 การบริหารจัดการรักษาพยาบาลผู้ใช้บริการกลุ่มชาวต่างชาติจำนวนเพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลในประเทศไทยจึงเป็นหน้าที่โดยตรงของผู้บริหารทางการแพทย์และการพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบจัดบริการสุขภาพเพิ่มเติมจากการดูแลสุขภาพของประชาชนชาวไทย (จิตศักดิ์, 2555) ซึ่งการบริหารเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ต้องอาศัยผู้นำทางด้านการรักษาพยาบาลที่มีวิสัยทัศน์เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ในขณะนี้มียุทธศาสตร์การสำรวจเกี่ยวกับความเข้าใจของวิชาชีพต่างๆ ในเรื่องประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน โดยศูนย์การศึกษาการค้ำระหว่างประเทศ พบว่ากลุ่มวิชาชีพแพทย์มีความเข้าใจประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ร้อยละ 50 และมีความคิดเห็นว่าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน จะเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพร้อยละ 50 สาขาพยาบาลมีความเข้าใจประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ร้อยละ 20 และเห็นว่าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพร้อยละ 20 (อัทธ์, 2555) ในขณะที่ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทยระบุว่า แนวโน้มที่ผู้ป่วยต่างชาติจะเข้ามาใช้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของไทยจะมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศสมาชิกของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ศูนย์ข่าวการศึกษาไทย, 2555) และประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นประเทศที่มีระบบสุขภาพที่ทันสมัย บุคลากรทางการแพทย์เป็นกลุ่มผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ในการให้บริการระดับแนวหน้า (ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย, 2555) และการเตรียมความพร้อมรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเห็นได้อย่างชัดเจนในส่วนของสถาบันการศึกษาทางด้านการแพทย์และการพยาบาล เช่น การเปิดสอนหลักสูตรนานาชาติซึ่งมีผู้เรียนจากประเทศในกลุ่ม

อาเซียน ในขณะที่หน่วยงานอื่นของรัฐหลายหน่วยงานได้มีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์กระตุ้นให้สังคมไทยมีความตื่นตัวให้มีความรู้ ความเข้าใจและเริ่มมีการเตรียมตัวรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนได้ดำเนินอย่างจริงจังและต่อเนื่อง (สำนักพัฒนาการประชาสัมพันธ์, 2555) แต่ยังไม่มียางานการศึกษาการรับรู้ ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจากผู้บริหารทางด้านการรักษาพยาบาลและความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล ในครั้งนี้

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลเป็นผู้บริหารระดับสูงและเป็นผู้นำของโรงพยาบาลที่จะต้องเตรียมพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงในครั้งนี้เพื่อให้การบริการสุขภาพกลุ่มผู้ใช้บริการจากประเทศในกลุ่มสมาชิกประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนซึ่งเป็นผู้มีพื้นฐานต่างวัฒนธรรม ต่างภาษา และระดับความคาดหวังต่อการบริการอีกรูปแบบหนึ่งเพิ่มเติมจากการให้บริการประชาชนชาวไทยที่มาใช้บริการในเวลาเดียวกัน (กฤษดา, 2555 ก; กระทรวงสาธารณสุข, 2554) การบริหารการเปลี่ยนแปลงในลักษณะนี้นับเป็นทักษะการบริหารขั้นสูงสำหรับผู้บริหารในระบบสุขภาพ (สุจิตรา, 2555) และต้องอาศัยการจัดทำแผนกลยุทธ์ที่มุ่งเน้นให้การปฏิบัติงานปัจจุบันดำเนินไปอย่างเป็นระบบและนำไปสู่เป้าหมายในอนาคต (นงนุช, 2553) ดังนั้น ความตั้งใจอย่างแท้จริงของผู้บริหาร โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลเพื่อการเตรียมพร้อมต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนสามารถแสดงออกได้จากการเริ่มจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อให้ทิศทาง รูปแบบ วิธีการและกลยุทธ์การบริหารและการบริการในโรงพยาบาลสอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบันและตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทุกกลุ่มอย่างมีคุณภาพตามมาตรฐานสากล อีกทั้งเพื่อเพิ่มศักยภาพในการแข่งขันการให้บริการภายในประเทศและการแข่งขันกับการให้บริการสุขภาพของประเทศอื่นได้

วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

1. ศึกษาระดับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพของผู้บริหาร โรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก
2. ศึกษาระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้บริหาร โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก

คำถามการวิจัย

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก คาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพในด้าน 1) กระบวนการรักษาพยาบาล 2) ลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล 3) คุณภาพการบริการสุขภาพ 4) การบริหารจัดการองค์กร และ 5) การตลาดในระดับใด

2. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก มีความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในระดับใด

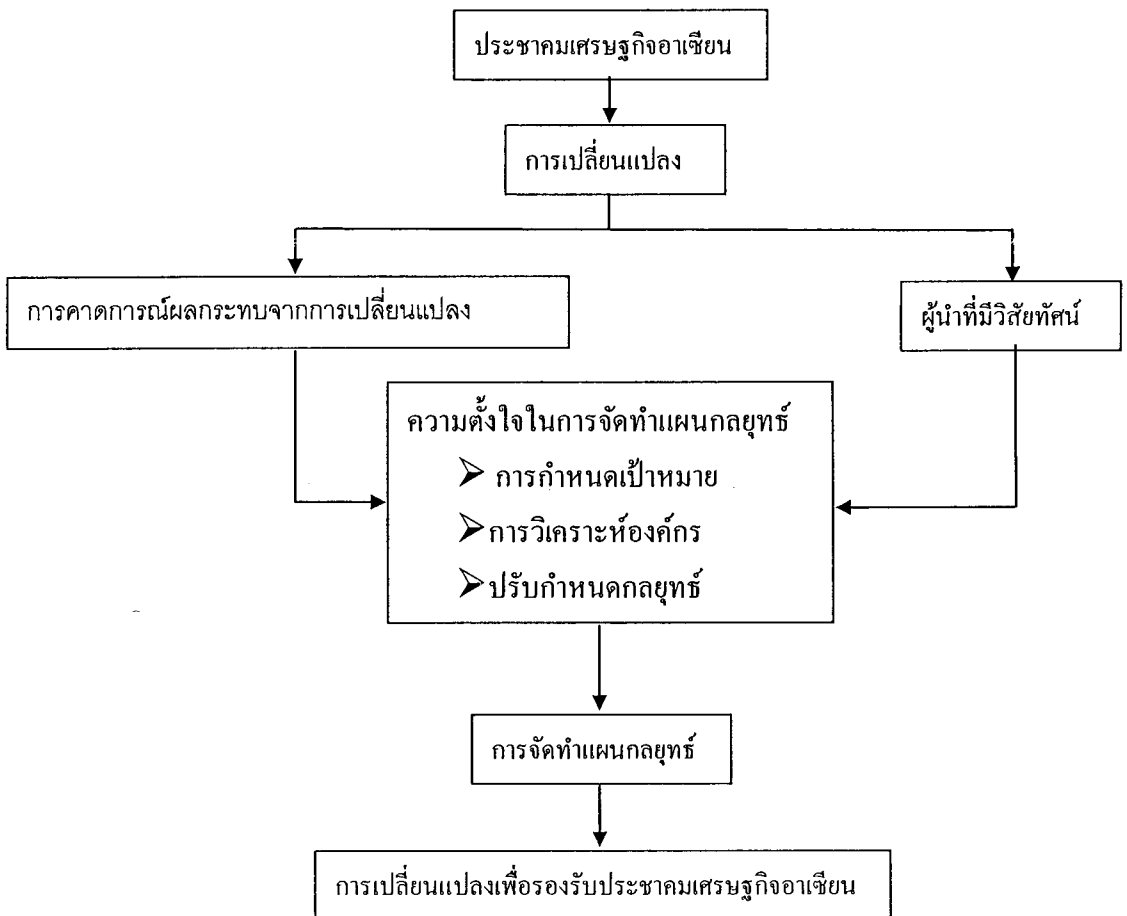
กรอบแนวคิด

1. ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนนำมาสู่การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ เช่น จำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้น ลักษณะการเจ็บป่วยรวมทั้งความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่แตกต่างไปจากประชาชนชาวไทย และการมีผู้ใช้บริการชาวต่างชาติเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวกและทางลบต่อองค์กรต่างๆของระบบสุขภาพ การรองรับการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้นจำเป็นต้องใช้แผนกลยุทธ์เพื่อให้องค์กรสามารถปรับเปลี่ยนเตรียมรองรับการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม

2. การคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้บริหารในโรงพยาบาล การคาดการณ์ผลกระทบสะท้อนถึงภาวะผู้นำเชิงวิสัยทัศน์ visionary leadership และผลกระทบด้านต่างๆที่ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ จะต้องคำนึงถึงมี ดังนี้ 1) กระบวนการ (process) 2) การบริการ (service) 3) ผลผลิต (product) 4) การบริหารองค์กร (organization) และ 5) การตลาด (marketing) ของเวสเลย์ และ มินซ์เบิร์ก (Westley & Mintzberg, 1989) ผลกระทบเหล่านี้ทำให้เกิดการบริหารการเปลี่ยนแปลง (change management) ต้องใช้ visionary leadership ในการบริหารการเปลี่ยนแปลงด้วย ซึ่งนำไปสู่ความตั้งใจในการวางแผนซึ่งสอดคล้องและสามารถอธิบายด้วยทฤษฎีของการกระทำอย่างมีเหตุผล (theory of reasoned action) ของ แอนสพอก ดิกแนน และ แอนสพอก (Anspaugh, Dignan, & Anspaugh; 2000) ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์การใช้ 5 ด้านดังกล่าวให้สอดคล้องกับบริบทของการบริการสุขภาพดังนี้ 1) ด้านกระบวนการรักษาพยาบาล 2) ด้านลักษณะการให้บริการ 3) ด้านคุณภาพการบริการสุขภาพ 4) ด้านการบริหารจัดการองค์กร และ 5) ด้านการตลาด

3. ในส่วนของความตั้งใจในการวางแผนกลยุทธ์รองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน สำหรับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์จะครอบคลุมขั้นตอนการทำแผนกลยุทธ์ เริ่มจาก 1) การ

กำหนดเป้าหมาย 2) การวิเคราะห์ห้องค์กร 3) ปรับ/กำหนดกลยุทธ์ จาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และ โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกและโรงพยาบาลเอกชนซึ่งสามารถอธิบายความเกี่ยวข้องของตัวแปรที่ศึกษา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบการวิจัย

นิยามศัพท์

1. การคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ หมายถึง การวิเคราะห์และการคาดการณ์การเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นต่อการบริการสุขภาพสืบเนื่องจากประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ในประเด็นต่อไปนี้ 1) กระบวนการรักษาพยาบาล 2) ลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล 3) คุณภาพการบริการสุขภาพ 4) การบริหารจัดการองค์กร และ 5) การตลาด

ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลซึ่งประเมินจากระดับการคาดการณ์โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการประยุกต์กรอบแนวคิดผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ของเวสเลย์ และ มินซ์เบอร์ก์

2. ความตั้งใจในการวางแผนกลยุทธ์รองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน หมายถึง ความตั้งใจในการทำกิจกรรมต่อไปนี่เพื่อวางแผนกลยุทธ์รองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมาย 2) การวิเคราะห์ห้วงค์กร 3) ปรับ/กำหนดกลยุทธ์ โดยความตั้งใจในการทำแผนจะครอบคลุมผลกระทบในประเด็นทั้ง 5 ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งประเมินระดับความตั้งใจของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการสังเคราะห์กรอบแนวคิดทฤษฎีของการกระทำอย่างมีเหตุผล (theory of reasoned action) ของ แอนสพอค ดิกแนน และ แอนสพอค และกรอบผู้นำวิสัยทัศน์ของเวสเลย์ และ มินซ์เบอร์ก์

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานตำแหน่งนี้อย่างน้อย 1 ปีในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลศูนย์แพทย์ศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก ระหว่างปี พ.ศ. 2555-2557

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจากผู้บริหารระดับสูงของ โรงพยาบาลคือผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลก่อนการเกิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเพื่อนำมาวิเคราะห์จุดแข็งและโอกาสที่จะนำสู่การจัดเตรียมแผนกลยุทธ์เพื่อการเตรียมพร้อมรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเตรียมการพัฒนาทักษะต่างๆที่เกี่ยวข้องของบุคลากรทางการแพทย์ในการเตรียมรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อไป

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเรื่องการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ และความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก การทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้ 1) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนและผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ 2) ความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์ และกระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์ 3) การคาดการณ์ และ 4) ระบบสุขภาพในปัจจุบันซึ่งมีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ

เมื่อปี พ.ศ. 2540 ผู้นำอาเซียนได้กำหนดวิสัยทัศน์ของอาเซียนปี 2020 ไว้คือการเป็นหุ้นส่วนร่วมมือกันในการพัฒนาประเทศสมาชิกทั้ง 10 ประเทศอย่างมีพลวัตและการพัฒนาต้องอยู่ในระดับที่สามารถแข่งขันกับตลาดโลกได้ในทุกด้านประกอบด้วยความร่วมมือ 3 อย่างคือ ประชาคมความมั่นคงอาเซียน (ASEAN Security Community: ASC) ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) และประชาคมสังคม-วัฒนธรรมอาเซียน (ASEAN Socio-Cultural Community: ASCC) โดยมุ่งเน้นที่ความมีเสถียรภาพทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจและสังคม การพัฒนาเศรษฐกิจอย่างเท่าเทียมกันและการลดปัญหาความยากจนและลดความเหลื่อมล้ำทางรายได้ของประเทศอาเซียน รวมทั้งการเปิดเสรีเรื่องการค้า บริการและการลงทุน (กรมอาเซียน, 2555)ซึ่งนโยบายรัฐบาลไทยแถลงต่อรัฐสภาวันที่ 23 สิงหาคม 2554 มีดังนี้ 1) นำประเทศไทยสู่การเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2558 อย่างสมบูรณ์ โดยสร้างความพร้อมและความเข้มแข็งทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และการเมืองและความมั่นคง 2) เร่งดำเนินการตามข้อผูกพันในการรวมตัวเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2558 ทั้งในมิติเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคง ตลอดจนการเชื่อมโยงเส้นทางคมนาคมขนส่งภายในและภายนอกภูมิภาค 3) ส่งเสริมความร่วมมือและเชื่อมโยงทางวัฒนธรรมและเสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีกับประชาคมอาเซียน 4) สร้างความสามัคคีและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างประเทศอาเซียน และ 5) เตรียมความพร้อมของทุกภาคส่วนในการเข้าสู่ประชาคมอาเซียนในปี 2558 ทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม และความมั่นคง (ชาญวิทย์, 2555)

การเตรียมตัวเพื่อรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในอีก 3 ปีข้างหน้า เป็นการเตรียมใจมากกว่าการเตรียมอย่างอื่น ได้แก่ 1) การเตรียมใจในเรื่องความไม่แน่นอนว่าจะมีผลกระทบใดเกิดขึ้น

ในแต่ละอาชีพเพราะข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์มักไม่ทันสมัย จึงทำให้ช่วงแรกของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอาจไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลงมากนัก 2) การเตรียมใจของประชาชนชาวไทยส่วนใหญ่ถึงข้อสงสัยต่างๆเกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนสืบเนื่องจากการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนจากรัฐบาล และ 3) การเตรียมใจในการลดอคติต่อชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิก หรือ การเปิดใจยอมรับชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนให้มากขึ้น (วีระศักดิ์, 2554) รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพในการแข่งขัน การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรในองค์กร และการสร้างเครือข่ายพันธมิตรกับภาคเอกชนอื่นในภูมิภาคดำเนินกลยุทธ์การตลาดเชิงรุกเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (กระทรวงพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2551; ธิดารัตน์, 2553)

การเสริมสร้างความร่วมมือด้านบริการระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียนเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถในการแข่งขัน สร้างความหลากหลายด้านความสามารถในการผลิต และการให้กระจายการบริการของผู้ให้บริการระหว่างอาเซียนและนอกอาเซียน โดยขยายทั้งในเชิงลึกและเชิงกว้างของการเปิดเสรีให้เกินไปกว่าที่ประเทศสมาชิกอาเซียนได้ผูกพันไว้ภายใต้ความตกลงทั่วไปว่าด้วยการค้าบริการ (GAT) โดยมุ่งหวังให้เกิดการค้าบริการอย่างเต็มที่ (พัชรวาลย์, 2555) ซึ่งรูปแบบความร่วมมือแบ่งออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

รูปแบบ 1 การบริการข้ามพรมแดน จากความก้าวหน้าด้านการติดต่อสื่อสารและเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย ทำให้การบริการสุขภาพมีความรวดเร็วและมีคุณภาพดีขึ้น (ทัศนาศ และ อรสา, 2552) ผลกระทบคืออาจมีการใช้เทคโนโลยีที่ฟุ่มเฟือย มีราคาแพง ผิดประเภท ซึ่งการควบคุมและจำกัดทำได้ยากจึงอาจส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

รูปแบบ 2 การไปรับบริการในต่างประเทศ ซึ่งประเทศไทยได้ส่งเสริมการเปิดเสรีด้านนี้อย่างเต็มที่ เนื่องจากทำให้มีรายได้เข้าประเทศ การเปิดโอกาสให้ชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการสุขภาพได้อย่างเสรีในสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อมทั้งทางด้านบุคลากรและเทคโนโลยีโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชน ผลกระทบ คือ ทำให้การแข่งขันทางธุรกิจด้านบริการสุขภาพรุนแรงขึ้น ความต้องการบุคลากรสุขภาพในภาคเอกชนเพิ่มขึ้นซึ่งอาจเกิดการเคลื่อนย้ายแพทย์และพยาบาลจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชนซึ่งมีค่าตอบแทนที่สูงกว่า อาจเพิ่มความรุนแรงของปัญหาภาวะขาดแคลนแพทย์และพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐซึ่งกำลังเป็นปัญหาของประเทศไทยในปัจจุบัน (ทัศนาศ และ อรสา, 2552; ไพจิตร, 2555; อัฐ, 2555)

รูปแบบ 3 การจัดตั้งธุรกิจในต่างประเทศ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้นักธุรกิจต่างประเทศมาลงทุน ทำให้นักลงทุนต่างชาติที่มีศักยภาพมากกว่ามีโอกาสเข้ามาแข่งขันในธุรกิจสถานพยาบาลเอกชนไทยได้ง่ายขึ้น และดึงชาวต่างชาติเข้ามาใช้บริการในประเทศไทยได้มากขึ้นส่งผลให้จำนวนสถานพยาบาลเอกชนในประเทศไทยเพิ่มขึ้น ประชาชนทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติจะมีโอกาสเลือกใช้บริการที่หลากหลายและมีคุณภาพมากขึ้น (สำนักงาน ก.พ. กลุ่มช่วยอำนวยความสะดวก, 2555) ผลกระทบคือ

สถานพยาบาลไทยที่มีขนาดเล็กกว่าจะเสียลูกค้าให้แก่ต่างชาติ หรือถูกต่างชาติซื้อกิจการได้ (จุฬา, 2555; ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย ฝ่ายวิจัยธุรกิจ, 2555; อัฐ, 2555) นอกจากนี้ การที่สถานพยาบาลเอกชนไทยสามารถไปลงทุนในประเทศอาเซียนอื่นได้ อาจส่งผลกระทบ คือ อาจสูญเสียบุคลากรสุขภาพไทยที่มีคุณภาพให้กับประเทศอาเซียนอื่นที่ให้ค่าตอบแทนสูงกว่าจนเกิดภาวะขาดแคลนบุคลากรสุขภาพภายในประเทศไทยได้ (ครรชิต, 2554) และอาจส่งผลกระทบต่อเป้าหมายการเป็นศูนย์กลางการรักษาพยาบาลในภูมิภาคเอเชียที่ต้องการดึงดูดชาวต่างชาติเข้ามารักษาพยาบาลในไทย (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2552)

รูปแบบ 4 การให้บริการโดยบุคคลธรรมดา การเปิดเสรีการเคลื่อนย้ายนักวิชาชีพ อาเซียนตามข้อตกลงร่วมกัน ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศสมาชิกในการพัฒนาสมรรถนะนักวิชาชีพสาขาสุขภาพให้อยู่บนมาตรฐานเดียวกันเพื่อให้สามารถทำงานในประเทศอาเซียนที่อยู่ภายใต้ระเบียบกฎหมายและมาตรฐานแบบเดียวกันได้ รวมทั้งการอำนวยความสะดวกในการส่งออกนักวิชาชีพสาขาสุขภาพไทยที่มีคุณภาพ การนำเข้านักวิชาชีพสาขาสุขภาพที่ขาดแคลน (จุฬา, 2555) ผลกระทบ คือ หากมีการเปิดเสรีมากขึ้นอาจทำให้บุคลากรสุขภาพจากประเทศที่มีค่าตอบแทนต่ำกว่า แต่ทักษะภาษาอังกฤษดีกว่ามาประกอบวิชาชีพในประเทศไทย โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่มีชาวต่างชาติมาลงทุน หรือสถานพยาบาลที่มีผู้รับบริการเป็นชาวต่างชาติ อาจทำให้บุคลากรสุขภาพไทยมีโอกาสนในการถูกจ้างงานลดลง (ทัศน และ อรสา 2552; กฤษดา, 2555)

ซึ่งรูปแบบทั้ง 4 สามารถเอื้อต่อสินค้าที่จะเปิดบริการในปี ค.ศ. 2015 มี 12 สาขาซึ่งบริการด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในสาขานั้น และให้จัดทำข้อตกลงยอมรับร่วมกัน (Mutual Recognition Agreement: MRA) ด้านคุณสมบัติในการบริการด้านวิชาชีพการพยาบาลซึ่งเป็นแถลงการณ์บาทสี่เพื่ออำนวยความสะดวกต่อการเคลื่อนย้ายอย่างเสรีสำหรับพยาบาลวิชาชีพภายในประเทศสมาชิกอาเซียน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ความชำนาญเรื่องมาตรฐานและคุณสมบัติเพื่อส่งเสริมให้มีการสร้างแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับการให้บริการวิชาชีพพยาบาลที่ดีที่สุด และเพื่อเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาและการฝึกฝนของพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งมีการกำหนดคุณสมบัติ นิยามของคำว่าพยาบาลวิชาชีพต่างชาติ รวมทั้งการกำกับดูแลการค้าบริการในวิชาชีพพยาบาลของประเทศสมาชิก ASEAN ไว้เรียบร้อยตามประมวลหลักปฏิบัติองค์การอนามัยโลกว่าด้วยการสรรหาคาดการณ์ด้านสุขภาพเข้ามาทำงานระหว่างประเทศ (วิโรจน์, 2554; สุจิตรา, 2555) นอกจากนี้ขณะนี้สภาการพยาบาลของไทย กำลังเตรียมการพัฒนาศักยภาพของผู้บริหาร/ผู้นำทางการพยาบาล พยาบาลชั้นสูงและผู้ที่จะรับผิดชอบปฏิบัติงานด้านอาเซียนของหน่วยงานพร้อมพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานในด้านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ การประสานงานระหว่างประเทศและในประเทศ พร้อมทั้งพัฒนามาตรฐานบริการพยาบาลให้มีมาตรฐานสากลเพื่อผู้ใช้บริการไทย อาเซียน และนานาชาติ เช่น การสร้างและการจัดการความรู้ด้านสุขภาพและบริการพยาบาลที่เหมาะสมกับประชาคมเศรษฐกิจ เช่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุ การอนามัยแม่

และเด็ก การจัดการภัยพิบัติและการป้องกันโรค เป็นต้น จะเห็นได้ว่าในระบบสุขภาพและการพยาบาลของไทยในอีก 3 ปีข้างหน้าซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยก้าวสู่สังคมประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนนำไปสู่ประเด็นเร่งด่วนที่ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดจะต้องตื่นตัวเตรียมการบริหารงาน เตรียมทักษะบุคลากรให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดเพื่อพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงครั้งนี้และเพื่อป้องกันผลกระทบด้านลบที่อาจเกิดขึ้น เช่น การเคลื่อนย้ายอัตรากำลังของผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่ต้องการสูง การกระจายตัวของทรัพยากรสาธารณสุขที่เป็นไปอย่างไม่ยุติธรรม ความแตกต่างของเงินเดือนทำให้มีการเคลื่อนย้ายพยาบาลจากภาครัฐไปเอกชน ระบบบริการสุขภาพแบบสองมาตรฐานและความไม่เท่าเทียมกันในการแข่งขันการเข้าถึงการรักษาพยาบาลระหว่างเมืองใหญ่และชนบท เป็นต้น (ชุดิมา, 2555) นอกจากนี้ขณะนี้อาเซียนอยู่ระหว่างการตั้งกลไกในการดำเนินการตาม MRA ดังกล่าวเพื่อให้ผู้ประกอบการอาชีพในภูมิภาคได้รับผลประโยชน์อย่างเป็นรูปธรรมจากข้อตกลงดังกล่าว (กรมการค้า, 2555)

ปัจจุบันการบริการพยาบาลในโรงพยาบาลกำลังเผชิญกับความท้าทายจากการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง เช่น ลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการจากโรคเรื้อรังและอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นและความคาดหวังที่สูงขึ้นของผู้ใช้บริการ การเกิดโรคอุบัติใหม่และการเกิดสาธารณสุขรูปแบบต่างๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน การรณรงค์รักษาสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพในประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ส่งผลให้ลักษณะการบริหารงานในปัจจุบันแตกต่างจากอดีต เป็นการบริหารเชิงรุก เป็นช่วงของการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการอย่างเป็นรูปธรรม เป็นลักษณะการบริหารการเปลี่ยนแปลงและมุ่งสู่นาคตและเป็นการบริหารที่มุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดที่กำหนด และต้องอาศัยเครื่องมือทางการบริหารหลายอย่างรวมทั้งการใช้แผนกลยุทธ์เป็นสิ่งกำหนดทิศทางและวิธีการบริหารที่มีประสิทธิภาพในการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด เพื่อตอบสนองความต้องการที่เพิ่มขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนระบบการบริหารด้านการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อการเลื่อนเงินเดือนและตำแหน่งซึ่งเป็นระบบบริหารแบบบูรณาการมุ่งผลสัมฤทธิ์ กับระบบบริหารทรัพยากรบุคคลใหม่ตาม พ.ร.บ. ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 การประเมินสมรรถนะหลักบุคลากรทางการพยาบาลด้วยเกณฑ์ใหม่ (สำนักการพยาบาล, 2550) เกณฑ์การประเมินคุณภาพการพยาบาลจากหน่วยงานภายนอก (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) และการเตรียมพัฒนาทักษะการเจรจาต่อรอง ทักษะการประชุมนานาชาติระดับสากล โดยให้ข้อคิดเห็นว่าผู้ที่มีคุณสมบัติเบื้องต้นในการเข้าสู่สังคมอาเซียนจำเป็นต้องมีทักษะภาษาพื้นฐานเช่น เข้าอบรมภาษาอังกฤษพื้นฐาน 120 ชั่วโมง การพูด การอ่าน เขียน การประชุมทำบันทึก การเขียนสุนทรพจน์และการเขียนข้อตกลง เป็นต้น และอบรมทักษะพื้นฐานที่จำเป็นต่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 30 ชั่วโมง (ชาญวิทย์, 2555) ทักษะเหล่านี้ล้วนเป็นทักษะที่ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญในการวางแผนกลยุทธ์เพื่อให้พยาบาลประจำการและ

พยาบาลระดับบริหารแสดงสมรรถนะที่กำหนดได้ ซึ่งจากงานวิจัยของนางนุชและศศิธร (2554) พบว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลตั้งแต่ระดับหัวหน้าพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความสำคัญอย่างมากมากในการดูแลรักษาให้บุคลากรทางการพยาบาลปฏิบัติงานในหน่วยงานมีการปรับตัวในการปฏิบัติงานได้และยังคงอยู่ในหน่วยงานต่อไปพร้อมกับมีแรงจูงใจการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ

จากการเปิดเสรีธุรกิจการรักษาพยาบาลภายใต้ AEC ครอบคลุมการขยายเขตแดนการถือหุ้นทำให้นักลงทุนอาเซียนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 30-40 เป็นร้อยละ 70 เป็นต้น และนำมาซึ่งความท้าทายในการเร่งปรับตัวภายใต้การเปิดเสรีมากขึ้น เช่น การแข่งขันในธุรกิจการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มรุนแรงขึ้นจากการลงทุนของประเทศสมาชิกอาเซียนที่มีฐานะการเงินแข็งแกร่ง เช่น สิงคโปร์ ทำให้สถานพยาบาลของไทยต้องเร่งปรับปรุงมาตรฐานและบริการเพื่อให้สามารถแข่งขันได้ มาตรการกำหนดเงื่อนไขที่เป็นข้อจำกัดของการลงทุนซึ่งเป็นการจำกัดสิทธิ์เฉพาะผู้ประกอบการรายใหญ่ (ธนาคารเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย, 2555) สำหรับการก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นเรื่องที่สภาการพยาบาลไม่ห่วงในเรื่องของการจะมีจำนวนพยาบาลต่างชาติเพิ่มมากขึ้นเพราะพยาบาลชาวต่างชาติ เช่น ฟิลิปปินส์ หากสนใจจะมาประกอบอาชีพในไทยจะต้องสอบใบประกอบวิชาชีพ สอบใบอนุญาตเป็นภาษาไทยซึ่งทำให้จำกัดจำนวนพยาบาลต่างชาติได้ในระยะแรก (ศูนย์ข่าวการศึกษาไทย, 2555)

นอกจากนั้นในการบริหารงานบุคคลเมื่อเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนขององค์กรที่เป็นของคนไทยหรือไม่ใช่องค์กรข้ามชาติ จำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรอย่างเร่งด่วน ซึ่งในการพัฒนามุคลากรเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลาอย่างมากโดยเฉพาะทักษะด้านภาษาอังกฤษ การปรับปรุงกระบวนการทำงาน ตำแหน่งงานและคุณสมบัติของบุคลากร รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะข้ามวัฒนธรรม การปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กรที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการทำงานในอนาคต เช่น การจ่ายค่าตอบแทน หรือ การเลื่อนตำแหน่ง และแนวทางการเก็บรักษาคนให้อยู่กับองค์กรได้นานๆ (จดหมายข่าวรายเดือนเมษายน, 2555)

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน การรักษาพยาบาลเป็นหนึ่งใน 12 สาขาการบริการเปิดได้เสรีในประชาคมอาเซียนซึ่งระบบสุขภาพของไทยต้องมีการเตรียมตัวพร้อมในการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น (กระทรวงการต่างประเทศ, 2554 ข) แต่อย่างไร การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพไทยเพื่อรองรับการเกิดขึ้นของประชาคมอาเซียนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในอัตราค่อนข้างช้ากว่าที่ควรจะเป็น (ไชยา, 2555) สะท้อนว่ามีปัญหาหรืออุปสรรคต่อการเตรียมพร้อมดังนี้ 1) ปัจจัยด้านบุคลากร นั่นคือการขาดแคลนอัตรากำลังวิชาชีพและทักษะเชิงภาษาของบุคลากรอยู่ในระดับต้องพัฒนา 2) ปัจจัยด้านโรงพยาบาลขณะนี้มีการขยายขีดความสามารถของโรงพยาบาลหลายแห่งรวมทั้งจำนวน

โรงพยาบาลเอกชนมีจำนวนเพิ่มขึ้นยิ่งเสริมให้การขาดแคลนอัตรากำลังวิชาชีพทั้งแพทย์และพยาบาลมีเพิ่มขึ้นจึงทำให้โอกาสการพัฒนาตนเองเข้าสู่ประชาคมอาเซียนจึงเกิดขึ้นช้ากว่าที่ควรจะเป็นดังกล่าว

ความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์

แนวคิดเกี่ยวกับความตั้งใจ

ความตั้งใจเป็นมิติทางกระบวนการคิดและการรับรู้ของสมองและจิตใจของบุคคลที่สะท้อนถึงความสนใจ มุ่งมั่นและพัฒนาเป็นความตั้งใจต่อเหตุการณ์ใดในเวลาต่อมา และความตั้งใจเป็นผลลัพธ์ของการประมวลความคิด ความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคลต่อข้อมูล ข่าวสารหรือการเผชิญสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งซึ่งความตั้งใจพิจารณาได้จากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned action) เป็นทฤษฎีที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ทำนายพฤติกรรมมนุษย์ โดยใช้เวลาในการปรับปรุงพัฒนา และทดสอบเป็นเวลากว่า 15 ปี จนเสร็จสมบูรณ์ในปี ค.ศ.1975 โดยมีข้อตกลงเบื้องต้นว่ามนุษย์มีการใช้เหตุผลและข้อมูลอย่างเป็นระบบก่อนที่จะตัดสินใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ ดังนั้น การทำนายและเข้าใจพฤติกรรมของบุคคลจึงต้องใช้วิธีการวัดจากความตั้งใจของบุคคล (a person's intention) ซึ่งสามารถกระทำได้จาก 2 ส่วนคือ 1) วิธีการวัดเจตคติต่อพฤติกรรม ซึ่งเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับผลการกระทำที่เกิดขึ้นแน่นอนนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมของบุคคลนั้น ซึ่งเป็นการตัดสินใจว่าการกระทำนั้น ดี หรือ ไม่ดี เป็นต้น สามารถวัดได้จาก ปัจจัย 2 ประการ คือ (1) ความเชื่อเกี่ยวกับผลการกระทำพฤติกรรมที่ต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอน (behavioral beliefs) และ (2) การประเมินผลจากการกระทำพฤติกรรม (evaluation of outcomes) และ 2) ความคิดเห็นที่เป็นบรรทัดฐานของสังคม อันเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความคิดเห็นที่เป็นบรรทัดฐานของสังคมต่อพฤติกรรมนั้นว่าสมควรที่จะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น หรือไม่ สามารถวัดได้จาก ปัจจัย 2 ประการ คือ (1) ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมว่าจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น และ (2) แรงจูงใจที่จะคล้อยตามความต้องการของสังคม (motivation to comply) นอกจากนี้ความตั้งใจของบุคคลเกี่ยวข้องกับตัวแปรภายนอก ได้แก่ ตัวแปรที่เกี่ยวกับสถิติจำนวนประชากร (demographic variables) เจตคติต่อเป้าหมาย (attitudes toward targets) และ บุคลิกลักษณะ คุณสมบัติของตัวแปรภายนอก (personality traits) ซึ่งส่งผลต่อ ความเชื่อเกี่ยวกับผลการกระทำพฤติกรรมที่ต้องเกิดขึ้นอย่างแน่นอน การประเมินผลจากการกระทำพฤติกรรม (evaluation of outcomes) ความเชื่อเกี่ยวกับความคาดหวังของสังคมว่าจะทำหรือไม่ทำพฤติกรรมนั้น (normative beliefs) (Anspaugh, Dignan, Anspaugh, 2000) เมื่อบุคคลมีความตั้งใจที่จะกระทำสิ่งใดแสดงว่าบุคคลนั้นพร้อมที่จะลงมือกระทำเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (Prochaska & DiClemente, 1984) ซึ่งกระบวนการของความตั้งใจ เริ่มต้น

จาก การรับรู้ การแปลความ ความตระหนัก และความตั้งใจลงมือกระทำ ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมหรือการลงมือปฏิบัติ (วิเชียร, 2551)

การรับรู้และการแปลความต่อสถานการณ์

การรับรู้ต่อสถานการณ์ คือ กระบวนการที่บุคคลรับข้อมูลข่าวสาร จัดระบบ แปลความหมายจากประสาทสัมผัสเพื่ออธิบายหรือเพื่ออธิบายความหมายของสภาพแวดล้อม ตลอดจนตระหนักว่าสิ่งที่ได้รับรู้มีความหมายต่อตนเอง ต่อการทำงานและต่อการปฏิบัติงานในองค์กรใด องค์กรหนึ่ง อย่างไรก็ตามสิ่งที่บุคคลหนึ่งสามารถรับรู้อาจมีความแตกต่างจากกันได้อย่างชัดเจนการรับรู้นั้นๆอาจไม่จำเป็นที่จะต้องถูกต้องเสมอไป ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ประกอบด้วย ผู้รับรู้ เป้าหมายการรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือใกล้เคียงกัน บุคคลหรือเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันและสถานการณ์

การแปลความ เป็นกระบวนการแปลความหมายของข้อมูลข่าวสารที่รับรู้ ผู้รับข้อมูลจะใช้ความรู้ ประสบการณ์ในการแปลความหมายของสัญลักษณ์ ข้อความ ในบางสถานการณ์อาจจำเป็นต้องปรึกษาเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

ความตระหนัก คือ ความรู้และความเข้าใจถึงความสำคัญในเรื่องหนึ่งๆ การถูกคิดได้ เมื่อเรารู้ในสิ่งนั้นๆ เราจะแยกแยะถึงความจริงว่าสิ่งนี้ดีหรือไม่และรู้ว่าจะจัดการที่เหมาะสมได้อย่างไร เมื่อมีความตระหนักจะทำให้บุคคลนั้นเกิดความตั้งใจที่จะลงมือปฏิบัติตาม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตระหนักได้แก่ ประสบการณ์ที่มีต่อเรื่องนั้น ความใส่ใจและการให้คุณค่าในการจัดการ ลักษณะและรูปแบบของสิ่งเร้าต่อการจัดการ ระยะเวลาและความถี่ในเรื่องการจัดการ

ความตั้งใจในการลงมือกระทำ คือ ความมุ่งมั่น ความตั้งอกตั้งใจของบุคคลที่จะทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างมีสติ รอบคอบเพื่อให้สิ่งที่จะกระทำนั้นเกิดผลดี แม้อาจจะยังไม่เกิดผลในปัจจุบันก็สามารถคาดการณ์ได้ถึงผลดีที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจ เช่น ความตั้งใจในการลาออกจากงาน (Flinkman, Leino-Kilpi, & Salanterä, 2010; Peterson, Hall, O'Brien-Pallas, & Cockerill, 2011) ความตั้งใจในการทำงาน (Tourangeau & Crane, 2006) ความตั้งใจซื้อในอนาคตของร้านค้าปลีกดั้งเดิมในเขตธนบุรีกรุงเทพมหานคร (ศุภรา, 2554) ความตั้งใจที่จะเป็นผู้ประกอบการของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (อาศิรา, 2552) เป็นต้น

การคาดการณ์

ความหมายของการคาดการณ์

การคาดการณ์ เป็นการมองภาพรวมที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่เป็นจริงได้ (plausible) และเป็นประเด็นที่อยู่ในความสนใจซึ่งมีทั้งคาดการณ์ประเด็นที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์

กระบวนการคาดการณ์ในอนาคตจะกระตุ้นจินตนาการและความคิดสร้างสรรค์ ทำให้กล้าคิดนอกกรอบของปัจจุบัน กล้าหาวิธีการใหม่ๆ ในการแก้ไขปัญหาเดิม ผลจากการคาดการณ์จะช่วยให้เข้าใจถึงผลของความสัมพันธ์ระหว่างแรงผลักดันและแรงขับต่างๆ ซึ่งจะทำให้สามารถวางแผนกลยุทธ์ที่รอบคอบกว่าเดิม (ฐนิตพงศ์, 2550; สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรมแห่งชาติ, 2556)

หลักการคาดการณ์ แบ่งออกได้ 3 วิธีหลักดังนี้ (ฐนิตพงศ์, 2550)

1. การคาดการณ์โดยใช้การตัดสินใจซึ่งวิเคราะห์ความเป็นไปได้ (probability) จากความคิดเห็นหรือใช้สัญชาตญาณในการตัดสินใจ ตัวอย่างเช่น การคาดการณ์ความคิดเห็นของผู้อำนวยการโรงพยาบาลภาครัฐทั่วประเทศจากการสำรวจความคิดเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นต้น

2. การคาดการณ์โดยใช้ข้อมูลในอดีต (Time series method) ซึ่งวิธีนี้เป็นที่นิยมอย่างมากโดยการนำข้อมูลทางสถิติในอดีตมาคำนวณเพื่อประเมินทิศทางในอนาคต ตัวอย่างเช่น แนวโน้มการเคลื่อนไหวของราคาทอง เป็นต้น

3. การคาดการณ์โดยใช้หลักการของเหตุและผล (causal method) ซึ่งเชื่อว่าการเกิดของเหตุของสิ่งหนึ่งจะส่งผลกระทบต่อไปยังอีกเหตุการณ์อีกอย่างหนึ่งได้ ตัวอย่างเช่น การรวมตัวของประชาคมอาเซียน จะทำให้เกิดผลกระทบทางบวกและทางลบต่อสภาพความมั่นคงทางการเมือง สังคม และเศรษฐกิจและวัฒนธรรมรวมทั้งระบบสุขภาพของอีกประเทศหนึ่งได้ เป็นต้น

โดยการคาดการณ์ของนักวิเคราะห์อาจเกิดจากวิธีใดวิธีหนึ่งใน 3 ข้อได้ หรืออาจใช้วิธีการทั้ง 3 ผสมผสานกันก็ได้ เพราะในปัจจุบันถึงแม้จะมีระบบสารสนเทศและได้มาซึ่งข้อมูลที่สมบูรณ์แบบแต่ก็ยังไม่มียุคใดที่สามารถให้ผลการคาดการณ์ที่ถูกต้องแม่นยำตลอดเวลา

องค์ประกอบของการคาดการณ์ในอนาคต

1. ความต้องการทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นแรงดึง
2. จุดแข็งและทรัพยากรเป็นแรงผลัก
3. ความได้เปรียบทางเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม
4. โอกาส ในระบบสุขภาพคือการรวมตัวของประชาคมอาเซียนปี พ.ศ.2558 และการสนับสนุนเชิงนโยบายของรัฐบาลและองค์กรระดับประเทศที่เกี่ยวข้อง

ประโยชน์ของการคาดการณ์ มีดังนี้

1. การสื่อสาร (communication) การเชื่อมโยงคนที่แตกต่างกันเข้าด้วยกันโดยให้กรอบในการปฏิสัมพันธ์และสื่อสารแก่นบุคคลดังกล่าว ซึ่งเป็นการสื่อสารระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพ แบ่งออกได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้ 1) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจ/อิทธิพลสูง ความสนใจสูง เช่น

ผู้อำนวยการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และอธิบดีกรมบัญชีกลาง เป็นต้น 2) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจ/อิทธิพลสูง ความสนใจปานกลาง เช่น กรมสุขภาพจิต และ นายกแพทยสภา เป็นต้น 3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจ/อิทธิพลปานกลาง ความสนใจสูง เช่น สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข คณะแพทยศาสตรรามาธิบดี และนายกสภาการพยาบาล และนายกสภาเภสัชกรรม เป็นต้น 4) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจ/อิทธิพลปานกลาง ความสนใจปานกลาง เช่น นายกสมาคมโรงพยาบาลเอกชนและวารสารกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก เป็นต้น กลุ่มสุดท้ายคือ 5) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีอำนาจ/อิทธิพลปานกลาง ความสนใจต่ำ เช่น เครือข่ายผู้เสียหายทางการแพทย์และนายกสมาคมอาสาสมัครสาธารณสุขไทย เป็นต้น

2. การเน้นจุดสนใจในระยะยาว (concentration) ทำให้ผู้มีส่วนร่วมสามารถคาดการณ์อนาคตได้ไกลกว่าที่เคยมอง

3. การประสานงาน (coordination) ทำให้กลุ่มต่างๆรวมเป็นหุ้นส่วนที่มีประสิทธิภาพในการพิจารณาและแจกแจงรายละเอียดประเด็นปัญหา

4. ความเป็นเอกฉันท์ (consensus) สามารถวาดภาพทิศทางในอนาคตที่เป็นทางเลือกแบบต่างๆได้ชัดเจนและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่เกิดจากการหารือ

5. ความผูกพัน (commitment) ทำให้ผู้มีส่วนสร้างเปลี่ยนแปลงอันเนื่องจากการคาดการณ์ในอนาคตมีความรู้สึกผูกพันกับผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น

6. ความเข้าใจ (comprehension) สนับสนุนให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงระดับโลกที่เกิดกับธุรกิจหรืออาชีพของตนและให้สามารถควบคุมเหตุการณ์ดังกล่าวได้บางส่วน

ปัญหาของการคาดการณ์

การคาดการณ์เป็นกิจกรรมที่ผู้บริหารหลักขององค์กรจะต้องวิเคราะห์สถานการณ์และประเด็นสภาพแวดล้อมเพื่อนำมาสู่การวางแผนกลยุทธ์ต่อไป ในกระบวนการคาดการณ์นั้นอาจมีปัญหาดังต่อไปนี้ได้จากหลายปัจจัยซึ่งบริษัท ไอบีเอ็ม ประเทศไทย (2012) ระบุประเด็นปัญหาการคาดการณ์มี 7 ประการดังนี้ 1) ความสับสนเกี่ยวกับความหมาย องค์กร/โรงพยาบาลมีปัญหาในการจัดการกับผลการคาดการณ์ที่ไม่ได้คาดไว้หรือไม่ต้องการหรือไม่ ซึ่งจะมีสัญญาณที่สื่อถึงความสับสนเกี่ยวกับความหมายที่สามารถสังเกตได้จากตัวอย่าง เช่น มีการขอให้ผู้บริหารหน่วยงานดำเนินการ “อ็อปเทท” และวิจารณ์เกี่ยวกับการทำการเปลี่ยนแปลงในการคาดการณ์ก่อนหน้านี้ 2) วิสัยทัศน์ที่บกพร่อง องค์กร/โรงพยาบาลให้ความสำคัญกับตัวเลขการคาดการณ์เมื่อสิ้นปีมากกว่าสิ่งอื่น ๆ หรือไม่ บางครั้งบุคลากรขององค์กร/โรงพยาบาลอาจประหลาดใจกับ “การปรับปรุงที่ไม่ได้คาดไว้” ในช่วงต้นของปีงบประมาณใหม่หรือไม่ 3) การหมกมุ่นกับความถูกต้องของการคาดการณ์มากเกินไป เช่น มีค่าใช้จ่ายสำหรับความถูกต้องของการคาดการณ์มากเกินไป เช่น ผู้บริหารโรงพยาบาลทุ่มเทเวลามากเกินไปใน

การจัดทำโมเดลการคาดการณ์ที่สมบูรณ์แบบ เป็นต้น 4) ระบบโอเวอร์โหลด การคาดการณ์ของผู้บริหารละเอียดเกินไป 5) การให้ความสำคัญกับความสำเร็จของงานมากเกินไป เช่น การคาดการณ์ขององค์กร/โรงพยาบาลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเพื่อสะท้อนถึงการเติบโตสูงสุดโดยไม่คำนึงถึงสภาพทางเศรษฐกิจหรือสมรรถนะของบุคลากรแต่ละฝ่าย เป็นต้น 6) การขาดประสานงาน การคาดการณ์ของหน่วยงานย่อยมีความขัดแย้งกันหรือไม่ เช่น ฝ่ายต่างๆมองอนาคตขององค์กรไปคนละแบบ เป็นต้น และ 7) ลักษณะความเห็นแก่ตัว องค์กร/โรงพยาบาลมีการปรับแต่งหรือบิดเบือนข้อมูลเพื่อประโยชน์สูงสุดขององค์กร เช่น ผู้บริหารระดับกลางหรือล่างมักเก็บข้อมูลไว้อยู่เสมอจนกว่าไม่สามารถปิดบังได้ เป็นต้น

กระบวนการจัดทำแผนกลยุทธ์

จากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทย และประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ผู้บริหารจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้เดิมพร้อมกำหนดเป้าหมายใหม่เพิ่มเติมเพื่อให้การบริหารงานและการบริการตอบสนองการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ตรงมากขึ้น การวางแผนกลยุทธ์ทางการพยาบาลในประเทศไทยได้เริ่มมีขึ้นฉบับแรกเมื่อปี พ.ศ. 2540 โดยสภาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพพยาบาลสูงสุดของประเทศ ในลักษณะของแผนพัฒนาการพยาบาลและผดุงครรภ์แห่งชาติ 10 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540-2549 และฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับปัจจุบัน เป็นแผน 10 ปี เช่นกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2559 (สภาการพยาบาล, 2541; สภาการพยาบาล, 2552) ต่อมาในปี พ.ศ. 2542 กองการพยาบาลหรือสำนักงานการพยาบาลในปัจจุบัน ได้เริ่มจัดทำแผนพัฒนาการพยาบาลครั้งแรก ซึ่งเป็นแผน 2 ปี (พ.ศ. 2542-2544) ได้รวบรวมและวิเคราะห์สาระสำคัญจากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 8 และแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติฉบับแรก เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาการพยาบาลของหน่วยงานและหรือเครือข่ายแต่ละระดับสำหรับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง, 2541) นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 เป็นต้นมากลุ่มการพยาบาลของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งได้จัดทำแผนกลยุทธ์ทางการพยาบาลของตนเองซึ่งเป็นแผนกลยุทธ์ระยะ 2-5 ปี ปัจจุบันสำนักงานการพยาบาลได้จัดทำแผนกลยุทธ์ระดับองค์กรวิชาชีพซึ่งเรียกชื่อว่าเป็น “ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลระดับประเทศ พ.ศ. 2551-2555” เป็นแผนระยะยาว 5 ปี (สำนักงานการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2551) ในการจัดทำแผนกลยุทธ์โดยทั่วไปมีขั้นตอนได้แก่ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ 1) การกำหนดทีม/คณะกรรมการวางแผนกลยุทธ์ 2) การกำหนดหน้าที่ของคณะกรรมการวางแผนกลยุทธ์ 3) การกำหนดเครื่องมือที่ใช้ในการวางแผนกลยุทธ์ 4) การทบทวนผลการบริหารงานตามตัวชี้วัดที่กำหนด 5) การจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการ 6) การวางแผนเพื่อนำ กลยุทธ์สู่การปฏิบัติที่เป็นจริงได้ 7) การวางแผนสำหรับการดูแลควบคุม

กำกับการณ์นำแผนสู่การปฏิบัติ และ 8) กำหนดกรอบเวลาในการจัดทำ (Barksdale & Lund, 2006) จาก การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และการประเมินความสามารถและทรัพยากรที่เกี่ยวข้องภายในองค์กร และภายนอกองค์กรเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินการไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่กำลังจะ เกิดขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษากิจกรรมการวางแผนในเชิงระบบระดับมหภาค (macro level) ซึ่งเป็น หน้าที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรที่สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างกล่าวคือ การจัดทำแผนกลยุทธ์ระดับ โรงพยาบาลสำหรับผู้อำนวยการโรงพยาบาล และการจัดทำแผนกลยุทธ์ระดับกลุ่มการพยาบาลสำหรับ หัวหน้าพยาบาล ใน 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การกำหนดเป้าหมายของการจัดทำแผนกลยุทธ์ 2) การวิเคราะห์ สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก และ 3) การปรับหรือกำหนดกลยุทธ์

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยที่จะเกิดขึ้นเพื่อ ตอบสนองต่อความต้องการของประชาคมอาเซียนที่เกิดจากความพยายามของประเทศสมาชิกทั้ง 10 ประเทศตลอดระยะเวลาเกือบ 50 ปีที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2510 จนถึงปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เพิ่มอำนาจต่อรองและขีดความสามารถการแข่งขันของอาเซียนในเวทีระหว่างประเทศในทุกด้าน รวมถึงในการรับมือกับปัญหาใหม่ๆในระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อภูมิภาคอาเซียน เช่น ภาวะโลกร ้อน การก่อการร้าย ทำให้ประเทศสมาชิกอาเซียนเป็น “ครอบครัวเดียวกัน” ที่มีความแข็งแกร่งและมี ภูมิทัศน์ที่ดี โดยสมาชิกในครอบครัวมีสภาพความอยู่ที่ดี ปลอดภัย และสามารถทำมาค้าขายได้ อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้นและสามารถแข่งขันทางเศรษฐกิจได้กับประเทศอื่นๆ ซึ่งระบบสุขภาพและการ บริการสุขภาพของไทยเป็นสิ่งที่ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้เพราะเป็นสิ่งที่ เกี่ยวกับคนที่จะเคลื่อนย้ายไปมาระหว่างประเทศสมาชิกและสิ่งที่จะสืบเนื่องจากการเคลื่อนย้ายคนคือ เรื่องสุขภาพและการรักษาพยาบาล ในกลุ่มประเทศอาเซียนการบริการสุขภาพของไทยได้รับการ ยอมรับว่ามีมาตรฐานตามเกณฑ์ของวิชาชีพและเกณฑ์สากล แต่ในขณะเดียวกันการดำเนินการ ใ้บริการสุขภาพของไทยยังคงเผชิญกับปัญหาที่เรื้อรังคือการขาดแคลนอัตรากำลังบุคลากรทาง การแพทย์ซึ่งรวมทั้งแพทย์และพยาบาลที่มีจำนวนไม่เพียงพอกับความต้องการของประชาชนชาวไทย อีกทั้งความเชื่อมโยงระหว่างการผลิตประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนกับระบบสุขภาพของไทยเป็นเรื่อง ค่อนข้างใหม่และเป็นเรื่องที่น่าไปสู่การแข่งขันสร้างความเป็นผู้นำทางด้านบริการสุขภาพในภูมิภาค เอเชียต่อไป ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมในช่วงปี พ.ศ. 2550-2555 ในฐานะข้อมูลเกี่ยวกับ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจึงเป็นเรื่องที่มีการศึกษาวิจัยในเชิงของเศรษฐกิจและการเจริญเติบโต ทางด้านเศรษฐกิจบ้างเล็กน้อย ส่วนการศึกษาวิจัยในเรื่องของเศรษฐกิจอาเซียนกับระบบสุขภาพมีน้อย มากที่ค้นพบเป็นลักษณะการศึกษาถึงความรู้ ความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลต่ออาเซียนเพียงอย่าง

เดี่ยวแต่ยังไม่พบการศึกษาเรื่องผลกระทบต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในมุมมองของผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลซึ่งเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการบริหารจัดการระบบการบริการสุขภาพ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพในครั้งนี้ร่วมกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนดังกล่าว

สภาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรวิชาชีพระดับประเทศมีหน้าที่ในการควบคุมการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ของสมาชิกทุกคนตามหมวด 5 มาตรา 27 พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาล 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 ซึ่งมีสาระสำคัญดังนี้ คือ ห้ามมิให้ผู้ใดซึ่งมิได้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลหรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพผดุงครรภ์หรือมิได้เป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กระทำการพยาบาลหรือผดุงครรภ์ หรือแสดงด้วยวิธีใดๆ ให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนเป็นผู้มีสิทธิประกอบวิชาชีพดังกล่าว (สภาการพยาบาล, 2557) ได้แต่งตั้งคณะกรรมการเครือข่ายนานาชาติเพื่อปฏิบัติตามสาระของมาตรา 27 อย่างเคร่งครัดเพื่อควบคุมการประกอบวิชาชีพดังกล่าวโดยพยาบาลจากประเทศสมาชิกจากประชาคมอาเซียน ดังขั้นตอนต่อไปนี้ 1) สำเร็จวิชาชีพการพยาบาล 2) จดทะเบียนและหรือได้รับใบอนุญาตจากประเทศแหล่งกำเนิดที่ยังคงมีผลในปัจจุบัน 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 3 ปีก่อนที่จะสมัครขอขึ้นทะเบียนหรือขอใบอนุญาต 4) ปฏิบัติสอดคล้องตามนโยบายการพัฒนาวิชาชีพอย่างต่อเนื่องของประเทศแหล่งกำเนิดในระดับที่น่าพอใจ 5) ได้รับใบรับรองจากผู้มีอำนาจกำกับดูแลวิชาชีพ และ 6) มีคุณสมบัติอื่นๆ ตามที่กำหนด เช่น ผลการตรวจสภาพร่างกาย หรือ ผลการทดสอบสมรรถภาพ เป็นต้น (สุจิตรา, 2554)

นอกจากนั้นสำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข (2555) ได้กำหนดกรอบแนวคิดยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลเพื่อก้าวสู่ประชาคมอาเซียน พ.ศ. 2556-2558 เพื่อเป็นแนวทางการพัฒนาที่ชัดเจนสำหรับพยาบาล โดยประกาศนโยบายเพื่อให้กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขได้นำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมเพื่อรองรับการเกิดขึ้นของประชาคมอาเซียนในอนาคตอันใกล้เพื่อให้กลุ่มการพยาบาลสามารถให้บริการที่ตอบสนองบริบทใหม่ หรือการเปลี่ยนแปลงของคนในสังคมไทยและในประชาคมอาเซียน หากกลุ่มการพยาบาลและทีมการพยาบาลสามารถดำเนินการตามยุทธศาสตร์ที่กำหนด กลุ่มการพยาบาลนั้นก็ยังคงสามารถให้บริการพยาบาลตามมาตรฐานสากลได้อย่างชัดเจน ซึ่งยุทธศาสตร์ทั้ง 5 มีรายละเอียดพอสังเขป ดังนี้ 1) การสร้างความตระหนักและความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจการเมืองและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อการปรับบทบาทและกระบวนทัศน์ในการเปลี่ยนแปลงในการทำงานของพยาบาล 2) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง 3) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการกำลังคนทางการพยาบาลเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 4) การพัฒนาระบบบริการพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉิน/ภัยพิบัติและโรคอุบัติใหม่ อุบัติซ้ำเพื่อเข้าสู่ประชาคมอาเซียน 5) การยกระดับคุณภาพงานบริการพยาบาลสู่ความเป็นผู้นำในประชาคมอาเซียน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการศึกษาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ต่อการบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3) ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพของหัวหน้าพยาบาล และ 4) ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ในภาคเหนือ (รพศ.= 5, รพท.= 15) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (รพศ.= 6, รพท.= 15) ภาคกลาง (รพศ.= 2, รพท.= 10) ภาคตะวันออก (รพศ.= 4, รพท.= 3) ภาคตะวันตก (รพศ.= 3, รพท.= 9) และภาคใต้ (รพศ.= 5, รพท.= 15) รวมทั้งสิ้น 6 ภาค เป็นโรงพยาบาลศูนย์รวม 25 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลทั่วไปจำนวนทั้งสิ้น 67 โรงพยาบาล สืบจากเว็บไซต์กระทรวงสาธารณสุขวันที่ 11 มีนาคม 2555 และแบ่งเขตจังหวัดของแต่ละภาคตามการแบ่งจังหวัดแต่ละภูมิภาคของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลและโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกทั่วประเทศ 13 โรงพยาบาล รวมประชากรผู้อำนวยการโรงพยาบาล 105 คน และหัวหน้าพยาบาล เท่ากับ 105 คน รวมทั้งหมดเท่ากับ 210 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี ขึ้นไป ขนาดกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกเท่ากับ 38 คน ใช้เกณฑ์การเป็นโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกโรง (100%) และโรงพยาบาลทั่วไปสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โควต้าร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลของแต่ละภาค ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปเท่ากับ 47 คน เพราะ

สามารถเป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มตัวอย่างได้ โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ simple random sampling รวมตัวอย่างในกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลเท่ากับ 85 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี ขนาดกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข และโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก เท่ากับ 38 คน ใช้เกณฑ์การเป็นโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างทุกโรง (100%) สำหรับหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โควตาร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลของแต่ละภาค ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไปเท่ากับ 47 คน และสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบ simple random sampling รวมตัวอย่างในกลุ่มหัวหน้าพยาบาลเท่ากับ 85 คน

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน (ภาคผนวก ก)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วยข้อคำถามปลายปิดจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ 1) อายุ 2) ประสบการณ์การทำงาน 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษาสูงสุด 5) หน่วยงานที่ปฏิบัติหน้าที่และตำแหน่งในปัจจุบัน 6) ระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ในหน่วยงานปัจจุบัน 7) ประสบการณ์การอบรมด้านการบริหาร 8) ประสบการณ์การอบรมการวางแผนกลยุทธ์ 9) ประสบการณ์ในการจัดทำวิสัยทัศน์หน่วยงาน 10) ประสบการณ์ในการวิเคราะห์องค์กร 11) ประสบการณ์ในการวิเคราะห์โอกาสในการแข่งขัน 12) ประสบการณ์ในการจัดทำแผนปฏิบัติการ 13) ประสบการณ์ในการจัดทำแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน 14) ประสบการณ์ในการจัดทำแผนกลยุทธ์/แผนปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงานอื่น และ 15) ประสบการณ์การอบรมเกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพตามความคาดหวังของผู้บริหารโรงพยาบาล/หัวหน้าพยาบาลในลักษณะของ 1) แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเพิ่มขึ้นหรือดีขึ้น (ทางบวก) หรือลดลงหรือแย่ลง (ทางลบ) หรือไม่ส่งผลกระทบ สืบเนื่องจากประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน และ 2) ระดับของผลกระทบที่คาดว่าจะเกิดขึ้นซึ่งมี 5 ระดับ โดย 5 หมายถึงผลกระทบที่คาดหมายน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับมากที่สุด และ 1 หมายถึง ผลกระทบที่คาดหมายน่าจะมีการเปลี่ยนแปลงระดับน้อยที่สุด ทั้งหมดรวม 60 ข้อ ในประเด็นต่อไปนี้ 1) กระบวนการรักษาพยาบาล จำนวน 14 ข้อ 2) ลักษณะการให้บริการสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ 3) คุณภาพการบริการสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ 4) การบริหารจัดการองค์กร จำนวน 12 ข้อ และ 5) การตลาด จำนวน 7 ข้อ ตามการรับรู้ของผู้บริหารโรงพยาบาล/หัวหน้าพยาบาลซึ่งประเมินจากระดับการคาดการณ์โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการประยุกต์กรอบแนวคิดผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ของเวสต์ลีย์ และ มินซ์เบิร์ก (Westley & Mintzberg, 1989)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เป็นแบบสอบถามมาตรฐานประเมินค่า 5 ระดับ โดยที่ 5 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนระดับมากที่สุดและ 1 หมายถึง กลุ่มตัวอย่าง มีความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนระดับน้อยที่สุด จำนวน 58 ข้อ ในประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ 1) การกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ จำนวน 11 ข้อ 2) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กร จำนวน 33 ข้อ 3) ปรับ/กำหนดกลยุทธ์ จำนวน 14 ข้อ ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการสังเคราะห์กรอบแนวคิดทฤษฎีของการกระทำอย่างมีเหตุผล (theory of reasoned action) ของ แอนสพอก ดิกแนนและแอนสพอก (Anspaugh, Dignan, & Anspaugh; 2000) และกรอบผู้นำวิสัยทัศน์ของเวสเลย์ และ มินซ์เบอร์ก (Westley & Mintzberg, 1989)

เกณฑ์การแปลผลข้อมูลการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพ และความตั้งใจในการจัดทำแผนใช้เกณฑ์อันตรภาคชั้น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับน้อย 1.00 - 2.33 หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าพยาบาลมีการคาดการณ์กระทบ/ความตั้งใจในการจัดทำแผนในระดับน้อย

ระดับปานกลาง 2.34 - 3.67 หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าพยาบาลมีการคาดการณ์กระทบ/ความตั้งใจในการจัดทำแผนในระดับปานกลาง

ระดับมาก 3.68 - 5.00 หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/หัวหน้าพยาบาลมีการคาดการณ์ผลกระทบ/ความตั้งใจในการจัดทำแผนในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2 ไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ข) ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพและการบริหารการพยาบาล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านระบบสุขภาพ 1 ท่านและผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการบริหารโรงพยาบาลภาครัฐมากกว่า 10 ปี 1 ท่านพิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถาม ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้อำนวยการ โรงพยาบาล 10 ราย และหัวหน้าพยาบาล 10 รายในโรงพยาบาลทั่วไปซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างและวิเคราะห์ค่า

ความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ ส่วนที่ 3 โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของอันดับค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ 0.79 และส่วนที่ 3 เท่ากับ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อการขอประเมินจริยธรรมการทำวิจัยโดยแจ้งให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและเตรียมแบบสอบถามแจกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดรหัสกลุ่มตัวอย่างด้วยระบบตัวเลขเพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้ประสานงานของโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างแจ้งกลับมาให้ผู้วิจัยทราบว่ากรณีที่กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลเพียง 2 คนซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงประกอบกับการศึกษาครั้งนี้มีความเสี่ยงน้อยมากต่อกลุ่มตัวอย่างและหรือองค์กรจึงสามารถเก็บข้อมูลได้เลย มีเพียงโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างเพียง 1 แห่งเท่านั้นที่ให้ผู้วิจัยดำเนินการขอประเมินจริยธรรมของโรงพยาบาล

ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอความช่วยเหลือผู้ประสานงานวิจัยหรือเลขาของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและเลขาหัวหน้าพยาบาลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อนำแบบสอบถามไปให้และรับแบบสอบถามกลับจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเตรียมซอง จ่าหน้าซอง กลับมายังผู้วิจัยพร้อมติดแสตมป์ครบถ้วนและขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามภายใน 3 สัปดาห์ ซึ่งในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ต้องขยายเวลาการเก็บข้อมูลจากที่กำหนดไป 7 เดือน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างโดยเฉพาะกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกือบร้อยละ 30 ติดภารกิจราชการค่อนข้างมากหลายช่วงทำให้ได้ข้อมูลกลับมา 70 ฉบับจาก 87 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 80.46 แต่มีจำนวนข้อมูลที่สมบูรณ์ 63 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 78.82 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหัวหน้าพยาบาลส่งแบบสอบถามกลับคืนมาในระยะเวลาที่กำหนดรวม 83 ฉบับจาก 85 ฉบับคิดเป็นร้อยละ 97.64

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ข้อมูลการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการพยาบาล วิเคราะห์โดยค่าร้อยละของการคาดการณ์ทางบวก ทางลบ ไม่เกิดผลกระทบ และระดับผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการพยาบาลวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

มีการวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยเปรียบเทียบความแตกต่างของความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์โดยรวม รายด้าน และรายข้อ ระหว่างกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล ด้วยสถิติทีอิสระและหาความสัมพันธ์ของการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพกับระดับความตั้งใจการทำแผนกลยุทธ์ซึ่งเป็นการทดสอบแนวคิดทฤษฎีของการกระทำอย่างมีเหตุผลร่วมกับแนวคิดของผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาเป็นกรอบการวิจัยในครั้งนี้ โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สันซึ่งใช้เกณฑ์การแปลผลข้อมูลความสัมพันธ์ (Munro, 2001) ดังนี้

- | | |
|------------------------|---------------------------------------|
| r มีค่าน้อยกว่า 0.3 | ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันน้อย |
| r มีค่าระหว่าง 0.3-0.7 | ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันปานกลาง |
| r มีค่ามากกว่า 0.7 | ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันมาก |

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษา 1) ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ต่อการบริการสุขภาพของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล 2) ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล 3) ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ต่อการบริการสุขภาพของหัวหน้าพยาบาล และ 4) ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจของผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพรายด้านของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (ตาราง 1-5) และระดับการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพรายด้านของหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 6-10)

ส่วนที่ 3 ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับ AEC ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 11-14)

ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์เพิ่มเติมจากวัตถุประสงค์ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างระดับผลกระทบของ AEC ตามการคาดการณ์โดยรวมและรายด้านและความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับ AEC ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 15-16)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (91.8%) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 54.5 ปี (SD=4.07) ครึ่งหนึ่งมีประสบการณ์ในตำแหน่งนี้ในช่วง 1-5 ปี (50.9%) ส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับเศรษฐกิจอาเซียนในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา (70.5%) เฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี (M = 1.92, SD = 2.76) ประมาณหนึ่งในสามเป็นผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจากภาคกลาง (29.5%) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 27.5) ภาคใต้ (ร้อยละ 21.0) ภาคเหนือ (15.9) และภาคตะวันออก (ร้อยละ 7.9) เกือบทุกโรงพยาบาลรายงานว่ามีการให้บริการชาวต่างชาติ (98.4%) สองในสามรายงานว่าในอีก 3 ปีข้างหน้าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการ (59.0%) และส่วนน้อยรับรู้ผลกระทบอย่างมาก (3.3%) เกือบครึ่งหนึ่งรับรู้ที่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอาจกระทบต่อการบริการในภาพรวม (45.9%) หนึ่งในสามรับรู้ที่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลกระทบต่อ

งบประมาณโรงพยาบาล (34.5%) และรายงานว่าไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะส่งผลกระทบต่องบประมาณ (32.7%) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (63.9%) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รายงานว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีผลต่อการปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลมากที่สุด (75.4%)

กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (96.3%) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.9 ปี (SD = 2.75) มีประสบการณ์ในตำแหน่งนี้ในช่วง 1-5 ปี (77.8%) ส่วนใหญ่ได้เข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับเศรษฐกิจอาเซียนในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา (82.7%) เฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี (M = 2.12, SD = 1.62) ประมาณหนึ่งในสามเป็นหัวหน้าพยาบาลจากภาคกลาง (34.6%) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 25.2) และประมาณร้อยละ 10-21 จากภาคใต้ (ร้อยละ 15.4) ภาคเหนือ (ร้อยละ 17.7) และภาคตะวันออก (ร้อยละ 7.1) เกือบทุกโรงพยาบาลรายงานว่ามีผู้รับบริการชาวต่างชาติ (96.3%) ประมาณครึ่งหนึ่งรายงานว่าในอีก 3 ปีข้างหน้าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการ (51.9%) และส่วนน้อยรับรู้ผลกระทบต่ออย่างมาก (2.5%) กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามรับรู้ที่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอาจกระทบต่อการบริการพยาบาลในภาพรวม (37.0%) ประมาณสองในห้ารับรู้ที่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนส่งผลกระทบต่องบประมาณโรงพยาบาล (42.0%) เกือบครึ่งหนึ่งรายงานว่าไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะส่งผลกระทบต่องบประมาณ (45.7%) ส่วนใหญ่มีการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (71.5%) และรายงานว่านโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีผลต่อการปรับเปลี่ยนแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลมากที่สุด (65.4%)

การคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ASEAN Economic Community: AEC) ต่อการบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 1-10)

ส่วนที่ 2 ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพรายด้านของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตาราง 1-5) และระดับการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพรายด้านของหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 6-10)

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาลตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (n= 67)

กระบวนการรักษาพยาบาล	ผลกระทบของ AEC			ระดับการเปลี่ยนแปลง			ระดับการเปลี่ยนแปลง		
	ต่อกระบวนการรักษาพยาบาล			ที่คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ความรวดเร็วของกระบวนการรักษา	16(23.9)	13(19.4)	38(56.7)	3.69	.95	มาก	3.54	1.1	ปานกลาง
2. การใช้ภาษา	51(76.1)	4 (6.0)	12(17.9)	3.76	1.39	มาก	2.25	1.26	น้อย
3. การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย	30(44.8)	1(1.5)	36(53.7)	3.57	.56	ปานกลาง	4.00	0	มาก
4. การปรับระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วย	48(71.6)	3(4.5)	16(23.9)	3.67	.83	ปานกลาง	3.00	0	ปานกลาง
5. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง	39(58.2)	4(6.0)	24(35.8)	3.72	1.43	มาก	3.50	1.30	ปานกลาง
6. การปรับระบบงานสำคัญ	50(74.6)	3(4.5)	14(20.9)	3.78	1.33	มาก	3.67	0.57	ปานกลาง
7. การปรับการจ่ายค่าตอบแทน	42(62.7)	3(4.5)	22(32.8)	3.80	1.42	มาก	3.67	0.57	ปานกลาง
8. การควบคุมเวชระเบียน	47(70.1)	0	20(29.9)	3.78	1.33	มาก	0	0	-
9. การปรับระบบการใช้จ่าย	33(49.3)	4(6.0)	30(44.8)	3.67	.82	ปานกลาง	3.25	.50	ปานกลาง
10. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการ ให้บริการ	55(82.1)	2(3.0)	10(14.9)	3.68	1.27	มาก	4.0	0	มาก
11. การป้องกันการติดเชื้อใน โรงพยาบาล	46(68.7)	0	21(31.3)	3.74	1.32	มาก	4.0	0	มาก
12. การปรับกระบวนการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	49(73.1)	3(4.5)	15(22.4)	3.60	1.28	ปานกลาง	4.0	0	มาก
13. การปรับระบบการสื่อสารในองค์กร	51(76.1)	0	16(23.0)	3.76	1.39	มาก	0	0	-
14. การเตรียมพร้อมรับสภาวะฉุกเฉิน	29(43.3)	1(1.5)	37(55.2)	3.76	.73	มาก	3	0	ปานกลาง

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล คาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อกระบวนการรักษาพยาบาลในทางบวกหรือทางที่ดีขึ้นสูงสุดสามประเด็นแรก ได้แก่ การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการให้บริการ (ร้อยละ 82.1) การใช้ภาษา และการปรับระบบการสื่อสารในองค์กร (ร้อยละ 76.1) และการปรับระบบงานสำคัญ (ร้อยละ 74.6) ซึ่งทั้ง 3 ประเด็นดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงในระดับมาก ($M = 3.68, SD = 1.27$; $M = 3.76, SD = 1.39$; $M = 3.76, SD = 1.39$; และ $M = 3.78, SD = 1.33$) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างคาดว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อหรือกระทบทางลบน้อยมากใน 3 ประเด็นนี้ได้แก่ การควบคุมเวชระเบียน การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล และการปรับระบบการสื่อสารในองค์กร (ร้อยละ 0) มีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อย (น้อยกว่าร้อยละ 6.0) คาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อกระบวนการรักษาพยาบาลในทางลบยกเว้นเรื่องของความรวดเร็วของกระบวนการรักษา (ร้อยละ 19.4) และกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากึ่งหนึ่งคาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อความรวดเร็วของกระบวนการรักษา (ร้อยละ 56.7) การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย (ร้อยละ 53.7) และการเตรียมพร้อมรับสภาวะฉุกเฉิน (ร้อยละ 55.2)

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละของผลกระทบ AEC และระดับของผลกระทบต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาลตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (n= 67)

ลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล	ผลกระทบของ AEC			ระดับการเปลี่ยนแปลง			ระดับการเปลี่ยนแปลง		
	ต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล			ที่คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			ที่คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การส่งเสริมบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย ต่างวัฒนธรรม	55 (82.1)	1(1.5)	11(16.4)	3.70	1.46	มาก	4.0	0	มาก
2. การจัดบริการสารสนเทศให้ผู้รับบริการ	56(83.6)	1(1.5)	10(14.9)	3.70	1.46	มาก	4.0	0	มาก
3. การจัดการนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาล	36(53.7)	1(1.5)	30(44.8)	3.42	1.58	ปานกลาง	4.0	0	มาก
4. การขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสำหรับผู้ให้บริการ ชาวต่างชาติ	49(73.1)	1(1.5)	17(25.4)	3.38	1.20	ปานกลาง	4.0	0	มาก
5. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการทั้งชาวไทย และชาวต่างชาติ	47(70.1)	1(1.5)	19(28.4)	3.60	1.49	ปานกลาง	4.0	0	มาก
6. การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	43(64.2)	4(6.0)	20(29.9)	3.80	1.44	มาก	3.0	.81	ปานกลาง
7. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	38(56.7)	8(11.9)	21(31.3)	3.82	1.52	มาก	3.38	.74	ปานกลาง
8. การจัดบริการผู้ให้บริการชาวต่างชาติที่มีความ ต้องการเฉพาะ	47(70.1)	1(1.5)	19(28.4)	3.70	1.40	มาก	3.00	0	ปานกลาง
9. การดูแลผู้ให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	50(74.6)	0	17(25.4)	3.82	1.38	มาก	4.0	0	มาก

ตาราง 2 (ต่อ)

ลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล	ผลกระทบของ AEC			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่		
	ต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล			คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
10. แนวทางการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆในการรักษาพยาบาล	46(68.7)	2(3.0)	19(28.4)	3.90	1.40	มาก	4.0	0	มาก
11. การพัฒนาระบบส่งต่อ	47(70.1)	0	20(29.9)	3.81	1.50	มาก	4.0	0	มาก
12. การปรับระบบจัดการห้องเรียน	54(80.6)	2(3.0)	11(16.4)	3.58	1.49	ปานกลาง	0	0	-
13. ภาระงานให้บริการ	49(73.1)	2(3.0)	16(23.9)	3.80	1.43	มาก	4.0	0	มาก
14. การบริการไม่เพียงพอ	9(73.1)	2(3.0)	16(26.3)	3.84	1.47	มาก	3.00	0	ปานกลาง
15. การบริการสุขภาพของชาวไทย	25(37.3)	(13.4)	33(49.5)	3.85	1.78	มาก	2.78	.83	ปานกลาง

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทางที่ดีขึ้นในด้านลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาลสูงสุด 3 ประเด็นแรก ได้แก่ การจัดบริการสารสนเทศให้ผู้รับบริการ (ร้อยละ 83.6) การส่งเสริมบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (ร้อยละ 82.1) และการปรับระบบจัดการซื้อโรงเรียน (ร้อยละ 80.6) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยระดับผลกระทบอยู่ในระดับมากและปานกลางตามลำดับ ($M = 3.70, SD = 1.46$; $M = 3.70, SD = 1.46$; $M = 3.58, SD = 1.49$) กลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยหรือไม่มี คาดการณ์ว่า AEC จะส่งผลกระทบต่อด้านลบการบริการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 0-13.9) ยกเว้นเรื่องของ การบริการสุขภาพของชาวไทย (ร้อยละ 13.4) และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 11.9) และกลุ่มตัวอย่างเกือบกึ่งหนึ่งคาดการณ์ว่า AEC ไม่ส่งผลกระทบต่อการจัดการนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 44.8) การบริการสุขภาพของชาวไทย (ร้อยละ 49.5)

ตาราง 3 จำนวนร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อคุณภาพการบริการสุขภาพตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (n= 67)

คุณภาพการบริการสุขภาพ	ผลกระทบของ AEC ต่อคุณภาพการบริการสุขภาพ			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ระดับคุณภาพการรักษาพยาบาล	24(35.8)	9(13.4)	34(50.7)	3.63	.88	ปานกลาง	3.63	.87	ปานกลาง
2. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร	22(32.8)	23(34.3)	22(32.8)	3.57	.66	ปานกลาง	3.57	.66	ปานกลาง
3. การคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล	15(22.4)	29(43.3)	23(34.3)	3.60	.91	ปานกลาง	3.41	.91	ปานกลาง
4. อัตราการลาออกโอนย้ายของบุคลากร	36(53.7)	6(9.0)	25(37.3)	3.64	.99	ปานกลาง	3.33	1.03	ปานกลาง
5. ผลการดำเนินงานเทียบกับงบประมาณ	38(56.7)	7(10.4)	22(32.8)	3.60	1.54	ปานกลาง	4.14	.38	มาก
6. ผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ	30(44.8)	10(14.9)	27(40.3)	3.70	1.65	มาก	3.50	.85	ปานกลาง
7. ผลการดำเนินการด้านการเงิน	37(55.2)	13(19.4)	17(25.4)	3.84	1.58	มาก	3.62	.77	ปานกลาง
8. ความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย	26(38.8)	14(20.9)	27(40.3)	3.90	1.73	มาก	3.57	.65	ปานกลาง
9. จำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล	44(65.7)	5(7.5)	18(26.9)	3.50	1.49	ปานกลาง	3.40	1.14	ปานกลาง
10. ความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล	25(37.3)	22(32.8)	20(29.9)	3.74	1.89	มาก	3.45	.91	ปานกลาง
11. จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติ	55(82.1)	1(1.5)	11(16.4)	3.46	1.42	ปานกลาง	4.0	00	มาก
12. การรับรู้ชื่อเสียงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล	38(56.7)	3(4.5)	26(38.8)	3.72	1.62	มาก	2.67	.57	ปานกลาง

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทางที่ดีขึ้นสูงสุดด้านคุณภาพการบริการสุขภาพเพียงประเด็นเดียว ได้แก่จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติ (ร้อยละ 82.1) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลกระทบระดับปานกลาง ($M = 3.46, SD = 1.42$) จำนวน และกลุ่มตัวอย่างมากกว่ากึ่งหนึ่งถึงสองในสามคาดการณ์ว่า AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกในประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ โครงการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 65.7) ผลการดำเนินงานเทียบกับงบประมาณ (ร้อยละ 56.7) การรับรู้ชื่อเสียงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล (ร้อยละ 56.7) ผลการดำเนินการด้านการเงิน (ร้อยละ 55.2) และอัตราการลาออกโอนย้ายของบุคลากร (ร้อยละ 53.7) โดยมีค่าเฉลี่ยการคาดการณ์ผลกระทบในระดับปานกลาง ตามลำดับ ($M = 3.50, SD = 1.49$; $M = 3.60, SD = 1.54$; $M = 3.72, SD = 1.62$; $M = 3.84, SD = 1.58$; $M = 3.64, SD = .99$) กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามคาดการณ์ AEC อาจส่งผลลบหรือทำให้ผลผลิต/คุณภาพการบริการแยกลงในประเด็นต่อไปนี้ ได้แก่ การคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.3) และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร (ร้อยละ 34.3) โดยมีค่าเฉลี่ยผลกระทบของ AEC อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ ($M = 3.60, SD = .91$; $M = 3.57, SD = .66$) และความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล (ร้อยละ 32.8) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยการคาดการณ์ผลกระทบระดับมาก ($M = 3.74, SD = 1.78$) กลุ่มตัวอย่างประมาณกึ่งหนึ่งคาดว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพงานการบริการ (ร้อยละ 50.7) ประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างคาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (ร้อยละ 40.3) และผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ (ร้อยละ 40.3) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลกระทบระดับมาก ($M = 3.90, SD = 1.73$; $M = 3.70, SD = 1.65$)

ตาราง 4 จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กรตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (n= 67)

การบริหารจัดการองค์กร	ผลกระทบของ AEC ต่อการบริหารจัดการองค์กร			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การขยายการให้บริการ	45(67.2)	3(4.5)	19(28.4)	3.40	.83	ปานกลาง	3.63	.87	ปานกลาง
2. การสร้างบรรยากาศทำงานเตรียมรับ AEC	51(76.1)	0	16(23.9)	3.54	1.38	ปานกลาง	3.65	.76	ปานกลาง
3. การชี้แนะให้เห็น โอกาสและความสำเร็จขององค์กร	45(67.2)	0	22(32.8)	3.60	1.38	ปานกลาง	3.70	.61	มาก
4. การสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์โรงพยาบาล	41(61.2)	1(1.5)	25(37.3)	3.75	1.40	มาก	3.75	.65	มาก
5. การกำหนดความเชี่ยวชาญขององค์กร	46(68.7)	0	21(31.3)	3.90	1.40	มาก	3.94	.64	มาก
6. การกำกับดูแลวิชาชีพ	37(55.2)	2(3.3)	28(41.8)	3.76	.93	มาก	3.98	.74	มาก
7. การพัฒนาสมรรถนะขององค์กร	45(67.2)	2(3.0)	20(29.9)	3.60	.86	ปานกลาง	4.06	.71	มาก
8. การปรับโครงสร้างองค์กร	32(47.8)	0	35(52.2)	3.25	1.10	ปานกลาง	3.52	.82	ปานกลาง
9. การพัฒนาหัวหน้างานให้มีความรู้ด้านกฎหมาย เกี่ยวกับระบบสุขภาพภายใต้ AEC	52(77.6)	0	15(22.4)	3.50	1.46	ปานกลาง	3.83	.82	มาก
10. การปรับกระบวนการนำ	41(61.2)	5(7.5)	21(31.3)	3.37	.97	ปานกลาง	3.69	.74	มาก
11. การส่งเสริมการปรับตัวของบุคลากรต่อลักษณะ การเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ	42(62.7)	6(9.0)	19(28.4)	3.35	1.57	ปานกลาง	3.65	.71	ปานกลาง
12. การเก็บรักษาบุคลากรที่เก่ง	40(59.7)	9(13.4)	18(26.9)	3.83	.87	มาก	4.08	.83	มาก

จากตาราง 4 กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทางที่ดีขึ้นด้านการบริหารจัดการองค์กรสูงสุด 3 ประเด็น ได้แก่ การพัฒนาหัวหน้างานให้มีความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับระบบสุขภาพภายใต้ AEC (ร้อยละ 77.6) การสร้างบรรยากาศทำงานเตรียมรับ AEC (ร้อยละ 76.1) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลกระทบระดับปานกลาง ($M = 3.50, SD = 1.46; M = 3.54, SD = 1.38$) และการกำหนดความเชี่ยวชาญขององค์กร (ร้อยละ 68.7) และค่าเฉลี่ยผลกระทบระดับมาก ($M = 3.90, SD = 1.40$) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนน้อยมาก (ร้อยละ 0-3) คาดการณ์ AEC ส่งผลลบในประเด็นด้านการบริหารจัดการองค์กร ยกเว้นด้านการเก็บรักษาบุคลากรที่เก่ง (ร้อยละ 13.4) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลกระทบในระดับมาก ($M = 4.08, SD = .83$) การส่งเสริมการปรับตัวของบุคลากรต่อลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 9.0) และการปรับกระบวนการนำ (ร้อยละ 7.5) โดยมีค่าเฉลี่ยผลกระทบระดับปานกลางทั้ง 2 ประเด็น ($M = 3.35, SD = 1.57; M = 3.37, SD = .97$) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างประมาณกึ่งหนึ่งคาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กรในประเด็นของ การปรับโครงสร้างองค์กร (ร้อยละ 52.2) การกำกับดูแลวิชาชีพ (ร้อยละ 41.8) และ การสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์โรงพยาบาล (ร้อยละ 37.3)

ตาราง 5 จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อการตลาดตามการคาดการณ์ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (n= 67)

การตลาด	ผลกระทบของ AEC ต่อการตลาด			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่าง โรงพยาบาลกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน	43(64.2)	2(3.0)	22(32.8)	3.53	1.08	ปานกลาง	3.50	2.12	ปานกลาง
2. การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการ	40(59.7)	6(9.0)	21(31.3)	3.75	.93	มาก	2.50	.55	ปานกลาง
3. การปรับปรุงการบริการให้เหนือความคาดหมาย	38(56.7)	8(11.9)	21(31.3)	3.71	.96	มาก	3.0	.76	ปานกลาง
4. การขยายกลุ่มผู้ใช้บริการ	52(77.6)	1(1.5)	14(20.9)	3.59	1.42	ปานกลาง	4.00	0	มาก
5. การสนับสนุนการบริการผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ	43(64.2)	4(6.0)	20(29.9)	3.52	1.46	ปานกลาง	3.00	0	ปานกลาง
6. การปรับชุดการให้บริการใหม่เพิ่มขึ้น	46(68.7)	4(6.0)	17(25.4)	3.40	1.50	ปานกลาง	3.50	.58	ปานกลาง
7. การแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลในการดึง ผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆให้มาใช้บริการ ที่โรงพยาบาล	34(50.7)	2(3.0)	31(46.3)	3.38	.98	ปานกลาง	3.50	.70	ปานกลาง

จากตาราง 5 กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทางที่ดีขึ้นด้านการตลาดสูงสุด 3 ประเด็น ได้แก่ การขยายกลุ่มผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 77.6) การปรับชุดการให้บริการใหม่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 68.7) การสนับสนุนการบริการผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ และการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน (ร้อยละ 64.2) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลกระทบต่อ AEC ในระดับปานกลาง ($M = 3.59, SD = 1.42$; $M = 3.40, SD = 1.50$; $M = 3.52, SD = 1.46$; $M = 3.53, SD = 1.08$) ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 10 คาดการณ์ AEC จะส่งผลกระทบต่อลบด้านการตลาดในประเด็นของการปรับปรุงการบริการให้เหนือความคาดหมาย (ร้อยละ 11.9) โดยกลุ่มตัวอย่างประมาณเกือบกึ่งหนึ่งคาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อใดๆต่อการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลในการดึงผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 46.3) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสามคาดการณ์ AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน (ร้อยละ 32.8) การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการและการปรับปรุงการบริการให้เหนือความคาดหมาย (ร้อยละ 31.3)

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อกระบวนการรักษาพยาบาลตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล (n= 83)

กระบวนการรักษาพยาบาล	ผลกระทบของ AEC ต่อกระบวนการรักษาพยาบาล			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ความรวดเร็วของกระบวนการรักษา	33(39.8)	13(15.7)	37(44.6)	3.67	.65	ปานกลาง	3.54	.66	ปานกลาง
2. การใช้ภาษา	78(94.0)	0	5(6.0)	3.76	.83	มาก	0	0	-
3. การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย	50(60.2)	0	33(39.8)	3.90	.61	มาก	0	0	-
4. การปรับระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วย	80(96.4)	0	3(3.6)	3.95	.79	มาก	0	0	-
5. การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง	66(79.5)	0	17(20.5)	3.89	.74	มาก	0	0	-
6. การปรับระบบงานสำคัญ	70(84.3)	1(1.2)	12(14.5)	3.89	.93	มาก	4.0	0	มาก
7. การปรับการจ่ายค่าตอบแทน	56(67.5)	0	27(32.5)	3.84	.93	มาก	0	0	-
8. การควบคุมเวชระเบียน	62(74.7)	0	21(25.3)	3.92	.87	มาก	0	0	-
9. การปรับระบบการใช้จ่าย	55(66.3)	0	28(33.7)	3.93	.83	มาก	0	0	-
10. การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจาก การให้บริการ	80(96.4)	0	3(3.6)	4.25	.77	มาก	0	0	-
11. การป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล	68(81.9)	1(1.2)	14(16.9)	4.10	.82	มาก	0	0	-
12. การปรับกระบวนการจ่ายค่ารักษาพยาบาล	65(78.3)	1(1.2)	17(20.5)	3.95	.72	มาก	4.0	0	มาก
13. การปรับระบบการสื่อสารในองค์กร	76(91.6)	0	7(8.4)	4.29	.69	มาก	0	0	-
14. การเตรียมพร้อมรับสถานะฉุกเฉิน	46(55.4)	0	37(44.6)	4.02	.65	มาก	3.54	.66	ปานกลาง

จากตาราง 6 กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ว่า AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านกระบวนการรักษาพยาบาล โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างคาดการณ์สูงสุด 3 ประเด็นและอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การปรับระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วย และการเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพจากการให้บริการ และ (ร้อยละ 96.4) ในระดับมาก ($M = 3.95$, $SD = .79$; $M = 4.25$, $SD = .77$) การใช้ภาษา (ร้อยละ 94.0) ในระดับมาก ($M = 3.76$, $SD = .83$) และการปรับระบบการสื่อสารในองค์กร (ร้อยละ 91.6) ($M = 4.29$, $SD = .69$) มีเพียง 3 ประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสามมีความคิดเห็นว่า AEC ไม่ส่งผลกระทบต่อประเด็นเหล่านี้ ความรวดเร็วของกระบวนการรักษา (ร้อยละ 44.6) การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย (ร้อยละ 39.8) การปรับการจ่ายค่าตอบแทน (ร้อยละ 32.5) การปรับระบบการใช้จ่าย (ร้อยละ 33.7) การเตรียมพร้อมรับสถานะฉุกเฉิน (ร้อยละ 44.6) และมีเพียงประเด็นเดียวที่กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสี่คาดการณ์ว่า AEC น่าจะส่งผลทางลบระดับปานกลางได้แก่ ความรวดเร็วของกระบวนการรักษา (ร้อยละ 15.7) ในระดับปานกลาง ($M = 3.54$, $SD = .66$)

ตาราง 7 จำนวน ร้อยละของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาลตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล (n₂= 83)

ลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล	ผลกระทบของ AEC			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่		
	ต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น	คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง	ระดับ
1. การส่งเสริมความรู้บุคลากรเกี่ยวกับผู้ป่วย ต่างวัฒนธรรม	81(97.6)	0	2(2.4)	4.05	.77	มาก	0	0	-
2. การจัดบริการสารสนเทศให้ผู้รับบริการ	80(96.4)	0	3(3.6)	4.04	.79	มาก	0	0	-
3. การจัดการนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาล	64(77.1)	2(2.4)	17(20.5)	3.69	.73	มาก	4.50	.71	มาก
4. การขยายโอกาสการเข้าถึงบริการให้ผู้ให้บริการ ชาวต่างชาติ	73(88.0)	1(1.2)	9(10.8)	3.89	.81	มาก	3.00	0	ปานกลาง
5. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้ให้บริการชาวไทย และต่างชาติ	75(90.4)	1(1.2)	7(8.4)	4.01	.69	มาก	4.0	0	มาก
6. การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ	68(81.9)	5(6.0)	10(12.0)	3.93	.74	มาก	3.40	.89	ปานกลาง
7. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	55(66.3)	8(9.6)	20(24.1)	3.80	1.04	มาก	4.0	.53	มาก
8. การจัดบริการสำหรับผู้ให้บริการชาวต่างชาติ ที่มีความต้องการเฉพาะ	68(81.9)	2(2.4)	13(15.7)	3.90	.74	มาก	3.50	.71	ปานกลาง
9. การดูแลผู้ให้บริการที่มีความเสี่ยงสูง	76(91.6)	1(1.2)	6(7.2)	4.09	.76	มาก	4.0	0	มาก
10. แนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคใน การรักษาพยาบาล	69(83.1)	0	14(16.9)	3.93	.72	มาก	4.0	0	มาก

ตาราง 7 (ต่อ)

ลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล	ผลกระทบของ AEC			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่		
	ต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล			คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
11. การพัฒนาระบบส่งต่อ	64(77.1)	0	19(22.9)	4.06	.76	มาก	0	0	-
12. การปรับระบบจัดการห้องเรียน	76(91.6)	0	7(8.4)	4.05	.65	มาก	0	0	-
13. ภาระงานให้บริการ	74(91.4)	0	7(8.6)	4.05	.69	มาก	0	0	-
14. การบริการไม่เพียงพอ	69(83.1)	(2.4)	12(14.5)	4.05	.77	มาก	3.00	0	ปานกลาง
15. การบริการสุขภาพของชาวไทย	36(43.4)	7(8.4)	40(48.2)	4.04	.79	มาก	4.00	.57	มาก

จากตาราง 7 กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ว่า AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นต่อลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างคาดการณ์สูงสุด 3 ประเด็นและอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การส่งเสริมความรู้บุคลากรเกี่ยวกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (ร้อยละ 97.6) ในระดับมาก ($M = 4.05$, $SD = .77$) การจัดบริการสารสนเทศให้ผู้รับบริการ (ร้อยละ 96.4) ระดับมาก ($M = 4.04$, $SD = .79$) และการปรับระบบจัดการข้อร้องเรียน (ร้อยละ 91.6) ($M = 4.05$, $SD = .65$) กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยประมาณร้อยละ 0-10 คาดการณ์ผลกระทบต่อทางลบของ AEC ต่อการบริการพยาบาลทุกรายการ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในห้าคาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อการบริการพยาบาลในประเด็นเหล่านี้ ได้แก่ การบริการสุขภาพของชาวไทย (ร้อยละ 48.2) การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 24.1) การพัฒนาระบบส่งต่อ (ร้อยละ 22.9) และ การจัดการนวัตกรรมทางการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 20.5) ตามลำดับ

ตาราง 8 จำนวนร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบของ AEC ต่อคุณภาพการบริการสุขภาพตามการคาดการณ์ของ หัวหน้าพยาบาล (n₂= 83)

ต่อคุณภาพการบริการสุขภาพ	ผลกระทบของ AEC			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่		
	ต่อคุณภาพการบริการสุขภาพ	คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น		คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		ระดับ			
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ระดับคุณภาพการรักษาพยาบาล	50(60.2)	4(4.8)	29(34.9)	4.00	.70	มาก	4.0	.70	มาก
2. คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร	47(56.6)	19(22.9)	17(20.5)	3.26	.99	ปานกลาง	3.26	.99	ปานกลาง
3. การคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ภายในโรงพยาบาล	32(38.6)	32(38.6)	19(22.9)	4.06	.91	มาก	3.75	.88	มาก
4. อัตราการลาออกโอดนย้ายของบุคลากร	53(63.9)	8(9.6)	22(26.5)	3.81	.83	มาก	3.38	.74	ปานกลาง
5. ผลการดำเนินงานเทียบกับงบประมาณ	55(66.3)	10(12.0)	18(21.7)	3.82	.77	มาก	3.50	.53	ปานกลาง
6. ผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพของผู้รับบริการ	57(68.7)	6(7.2)	20(24.1)	3.88	.76	มาก	3.17	1.17	ปานกลาง
7. ผลการดำเนินการด้านการเงิน	59(71.1)	14(16.9)	10(12.0)	3.78	.81	มาก	4.0	.96	มาก
8. ความสมดุลระหว่างความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	56(67.5)	14(16.9)	13(15.7)	3.89	1.02	มาก	3.0	1.04	ปานกลาง
9. จำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล	65(78.3)	2(2.4)	16(19.3)	3.74	.82	มาก	4.0	00	มาก
10. ความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล	44(53.0)	23(27.7)	16(19.3)	3.91	.74	มาก	3.70	.93	มาก
11. จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติ	76(91.6)	0	7(8.4)	3.67	.84	ปานกลาง	0	0	-
12. การรับรู้ชื่อเสียงภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล	58(69.9)	4(4.8)	21(25.3)	3.84	.77	มาก	3.50	.57	ปานกลาง

จากตาราง 8 กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ว่า AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านคุณภาพการบริการสุขภาพ โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างคาดการณ์สูงสุด 3 ประเด็นได้แก่ จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติ (ร้อยละ 91.6) ระดับปานกลาง จำนวนโครงการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 78.3) และผลการดำเนินการด้านการเงิน (ร้อยละ 71.1) ในระดับมากตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามมีกลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในห้าคาดการณ์ว่า AEC จะส่งผลกระทบต่อผลผลิตการบริการพยาบาลในประเด็นต่อไปนี้ได้แก่ การคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 38.6) ในระดับมาก ($M = 3.75, SD = .88$) ความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล (ร้อยละ 27.7) ระดับมาก ($M = 3.70, SD = .93$) และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร (ร้อยละ 22.9) ในระดับปานกลาง ($M = 3.26, SD = .99$) ตามลำดับ ในขณะที่เดียวกัน กลุ่มหัวหน้าพยาบาลน้อยกว่าหนึ่งในสาม ประเมิน ร้อยละ 8.4 ถึงร้อยละ 26.5 คาดการณ์ว่า AEC จะไม่มีผลกระทบต่อผลผลิตหรือคุณภาพการบริการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องของระดับคุณภาพการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 34.9)

ตาราง 9 จำนวนร้อยละ ของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กรตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล (n= 67)

การบริหารจัดการองค์กร	ผลกระทบของ AEC การบริหารจัดการองค์กร			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่ คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การขยายการให้บริการ	66(79.5)	1(1.2)	16(19.3)	3.63	.87	ปานกลาง	4.0	0	มาก
2. การสร้างบรรยากาศทำงานเตรียมรับ AEC	71(85.5)	1(1.2)	11(13.3)	3.65	.76	ปานกลาง	4.0	0	มาก
3. การชี้แนะให้เห็นโอกาสและความสำเร็จขององค์กร	63(75.9)	2(2.4)	18(21.7)	3.70	.61	มาก	3.0	0	ปานกลาง
4. การสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้สอดคล้องกับ วิสัยทัศน์โรงพยาบาล	60(72.3)	3(3.6)	20(24.1)	3.75	.65	มาก	3.0	0	ปานกลาง
5. การกำหนดความเชี่ยวชาญขององค์กร	68(81.9)	2(2.4)	13(15.7)	3.94	.64	มาก	3.0	1.41	ปานกลาง
6. การกำกับดูแลวิชาชีพ	61(73.5)	1(1.2)	21(25.3)	3.98	.74	มาก	5.0	0	มาก
7. การพัฒนาสมรรถนะขององค์กร	68(81.9)	3(3.6)	12(14.5)	4.06	.71	มาก	3.67	.57	มาก
8. การปรับโครงสร้างองค์กร	44(53.0)	1(1.2)	38(45.8)	3.52	.82	ปานกลาง	4.0	0	มาก
9. การพัฒนาหัวหน้างานให้มีความรู้ด้านกฎหมาย เกี่ยวกับระบบสุขภาพภายใต้ AEC	76(91.6)	2(2.4)	5(6.0)	3.83	.82	มาก	3.50	.70	ปานกลาง
10. การปรับกระบวนการนำ	62(74.7)	1(1.2)	20(24.1)	3.69	.74	มาก	3.0	0	ปานกลาง
11. การส่งเสริมการปรับตัวของบุคลากรต่อลักษณะ การเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ	68(81.9)	0	15(18.1)	3.65	.71	ปานกลาง	0	0	-
12. การเก็บรักษาบุคลากรที่เก่ง	63(75.9)	11(13.3)	9(10.8)	4.08	.83	มาก	3.64	.81	ปานกลาง

จากตาราง 9 กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ว่า AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านการบริหารจัดการองค์กร โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างคาดการณ์สูงสุด 3 ประเด็นได้แก่ การพัฒนาหัวหน้างานให้มีความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับระบบสุขภาพภายใต้ AEC (ร้อยละ 91.6) ในระดับมาก ($M = 3.83$, $SD = .82$) การสร้างบรรยากาศทำงานเตรียมรับ AEC (ร้อยละ 85.5) ระดับปานกลาง ($M = 3.65$, $SD = .76$) การกำหนดความเชี่ยวชาญขององค์กร (ร้อยละ 81.9) ระดับมาก ($M = 3.94$, $SD = .64$) การพัฒนาสมรรถนะขององค์กร (ร้อยละ 81.9) ในระดับมาก ($M = 4.06$, $SD = .71$) และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคลากรต่อลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 81.9) ในระดับปานกลาง ($M = 3.65$, $SD = .71$) ตามลำดับกลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมาก ประมาณร้อยละ 0-4 คาดการณ์ผลกระทบต่อทางลบของ AEC ต่อการบริการพยาบาลทุกรายการ ยกเว้นประเด็นของการเก็บรักษาบุคลากรที่เก่ง (ร้อยละ 13.3) ในระดับปานกลาง ($M = 3.64$, $SD = .81$) นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 6-45.8 คาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อผลผลิตของการบริการพยาบาล โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างคาดการณ์ AEC จะไม่กระทบใดสูงสุดคือการปรับโครงสร้างองค์กร (ร้อยละ 45.8) การกำกับดูแลวิชาชีพ (ร้อยละ 25.3) การสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์โรงพยาบาลและ การปรับกระบวนการนำ (ร้อยละ 24.1) ตามลำดับ

ตาราง 10 จำนวน ร้อยละของผลกระทบของ AEC และระดับของผลกระทบของ AEC ต่อการติดตามการคาดการณ์ของหัวหน้าพยาบาล (n= 83)

การตลาด	ผลกระทบของ AEC			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่คาดการณ์ในทางที่ดีขึ้น			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่คาดการณ์ในทางที่แย่ลง/ลดลง		
	ทางบวก	ทางลบ	ไม่ส่งผลกระทบ	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่าง โรงพยาบาลกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน	63(75.9)	2(2.4)	18(21.7)	3.84	.79	มาก	3.50	2.12	ปานกลาง
2. การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการ	69(83.1)	2(2.4)	12(14.5)	4.01	.67	มาก	2.50	.70	ปานกลาง
3. การปรับปรุงการบริการให้เหนือความคาดหมาย	66(79.5)	4(4.8)	13(15.7)	3.85	.66	มาก	3.0	.82	ปานกลาง
4. การขยายกลุ่มผู้ใช้บริการ	71(85.5)	3(3.6)	9(10.8)	3.58	.67	ปานกลาง	3.33	.58	ปานกลาง
5. การสนับสนุนการบริการผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ	70(84.3)	2(2.4)	11(13.3)	3.54	.65	ปานกลาง	3.50	1.70	ปานกลาง
6. การปรับชุดการให้บริการใหม่เพิ่มขึ้น	67(80.7)	1(1.2)	15(18.1)	3.69	.63	มาก	4.00	0	มาก
7. การแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลในการดึง ผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆให้มาใช้บริการที่ โรงพยาบาล	46(55.4)	3(3.6)	34(41.0)	3.78	.78	มาก	3.67	.57	มาก

จากตาราง 10 กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ว่า AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นด้านการตลาด โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างคาดการณ์สูงสุด 3 ประเด็น ได้แก่ การขยายกลุ่มผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 85.5) ในระดับปานกลาง ($M = 3.58, SD = .67$) การสนับสนุนการบริการผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ (ร้อยละ 84.3) ในระดับปานกลาง ($M = 3.54, SD = .65$) และ การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 83.1) ระดับมาก ($M = 4.01, SD = .67$) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมาก ประมาณร้อยละ 1.2-4.8 คาดการณ์ผลกระทบต่อทางลบของ AEC ต่อการบริการพยาบาลทุกรายการ นอกจากนั้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10.8 ถึง ร้อยละ 41 คาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อผลผลิตของการบริการพยาบาล โดยประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างคาดการณ์ AEC จะไม่กระทบใดสูงสุดคือการแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลในการดึงผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ ให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 41.0) การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน (ร้อยละ 21.7) และการปรับชุดการให้บริการใหม่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 18.1) ตามลำดับ

ตาราง 11 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความตั้งใจ และ ค่าทีอิสระ ของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ($n_1 = 67$) และหัวหน้าพยาบาล ($n_2 = 83$)

ในการจัดทำแผนกลยุทธ์โดยรวมและรายด้านเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ($n_1 = 67$)			หัวหน้าพยาบาล ($n_2 = 83$)			t-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
1. การกำหนดเป้าหมาย	3.57	.66	มาก	3.97	.63	มาก	1.85
2. การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก	3.61	.69	มาก	3.85	.54	มาก	2.33*
3. การปรับหรือกำหนดกลยุทธ์	3.65	.74	มาก	3.97	.62	มาก	2.70*
โดยรวม	3.61	.67	มาก	3.86	.53	มาก	2.45*

* $p < .05$

จากตาราง 11 คะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยรวม ($M = 3.61$; $SD = .67$) พบว่า อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายชั้นตอน พบว่าทุกชั้นตอนอยู่ในระดับมากเรียงลำดับตามคะแนนเฉลี่ย ได้แก่ การกำหนดกลยุทธ์ ($M = 3.65$; $SD = .74$) การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ($M = 3.61$; $SD = .69$) และการกำหนดเป้าหมาย ($M = 3.57$; $SD = .66$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจของหัวหน้าพยาบาลในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนโดยรวม ($M = 3.86$; $SD = .53$) พบว่า อยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายชั้นตอนพบว่า ทุกชั้นตอนอยู่ในระดับมากเรียงตามคะแนนเฉลี่ยจากมากไปน้อย ดังนี้ การกำหนดเป้าหมาย ($M = 3.97$; $SD = .63$) การปรับหรือกำหนดกลยุทธ์ ($M = 3.97$; $SD = .62$) และการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก ($M = 3.85$; $SD = .54$) ตามลำดับ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์โดยรวมน้อยกว่ากลุ่มหัวหน้าพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.45$, $p < .05$) และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลด้านการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกและการปรับหรือกำหนดกลยุทธ์น้อยกว่ากลุ่มหัวหน้าพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.33$, $p < .05$ และ $t = 2.70$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ตาราง 12 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ($n_1 = 67$) และหัวหน้าพยาบาล ($n_2 = 83$)

ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านการกำหนดเป้าหมายเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ความตั้งใจกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล ($n_1 = 67$)			หัวหน้าพยาบาล ($n_2 = 83$)			t-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
1. เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ	4.08	.74	มาก	4.28	.64	มาก	1.8
2. ลดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ	3.95	.94	มาก	4.27	.70	มาก	2.46*
3. ลดอัตราการลาออกของพยาบาล	3.93	.91	มาก	4.11	1.10	มาก	.85
4. คงไว้ซึ่งอัตราส่วนต้นทุนการบริหารจัดการ	3.93	.89	มาก	3.95	.88	มาก	.00
5. เตรียมความพร้อมในการรับภัยหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน	3.93	.77	มาก	4.33	.63	มาก	3.62**
6. ลดระยะเวลาในการรอคอย	3.87	.76	มาก	3.99	.83	มาก	.98
7. เพิ่มตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้	3.34	1.02	ปานกลาง	3.84	.99	มาก	3.0**
8. เพิ่มการนัดพบกับแพทย์	3.33	1.09	ปานกลาง	3.23	1.04	ปานกลาง	.54
9. ขยายการบริการที่สามารถแข่งขันกับที่อื่นได้	3.18	1.04	ปานกลาง	3.40	1.00	ปานกลาง	1.42
10. ลดอัตราการปฏิเสธการรักษาจากผู้รับบริการชาวต่างชาติ	3.02	1.04	ปานกลาง	3.00	1.18	ปานกลาง	.06
11. จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น	2.74	.99	ปานกลาง	2.99	1.01	ปานกลาง	1.7

จากตาราง 12 กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์รายข้อในระดับมาก จำนวน 6 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 ข้อแรกได้แก่ เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ($M = 4.08, SD = .74$) ลดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ($M = 3.95, SD = .94$) และลดอัตราการลาออกของพยาบาล ($M = 3.93, SD = .91$) และระดับปานกลาง 5 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือความตั้งใจในการกำหนดจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น ($M = 2.74, SD = .99$) สำหรับกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์รายข้อในระดับมาก 7 ข้อ และระดับปานกลาง 4 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด 3 ข้อแรก คือ เพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ($M = 4.28, SD = .64$) ลดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ($M = 4.27, S = .70$) และ ลดอัตราการลาออกของพยาบาล ($M = 4.11, SD = 1.10$) ตามลำดับ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือความตั้งใจในการกำหนดจำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น ($M = 2.99, SD = 1.01$) และเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความตั้งใจในการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อรองรับประชาคมอาเซียนระหว่างความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล พบว่า มีเพียงความตั้งใจที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งสิ้น 3 ข้อ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมในการรับภัยหรือสถานการณ์ฉุกเฉิน ($t = 3.62, p < .01$) การเพิ่มตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการเป็นองค์กรแห่งการเรียนรู้ ($t = 3.0, p < .01$) และลดความไม่พึงพอใจของผู้รับบริการ ($t = 2.46, p < .05$)

ตาราง 13 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ($n_1=67$) และหัวหน้าพยาบาล ($n_2=83$)

ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ความตั้งใจวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ($n_1=67$)			หัวหน้าพยาบาล ($n_2=83$)			t-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
1. ความเสี่ยงในการรักษาพยาบาล	4.15	.74	มาก	4.32	.74	มาก	1.37
2. คุณภาพชีวิตการทำงาน	4.13	.78	มาก	4.37	.73	มาก	1.0
3. ความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้	4.05	.80	มาก	4.11	.74	มาก	.47
4. ความเข้มแข็งของหน่วยงานด้านหน้า	4.03	.79	มาก	4.27	.84	มาก	1.7
5. การประกันคุณภาพการบริการ	4.02	.83	มาก	4.26	.65	มาก	2.08*
6. ความเพียงพอของอุปกรณ์ทางการแพทย์	4.00	.75	มาก	4.16	.71	มาก	1.28
7. การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	3.90	.85	มาก	4.15	.65	มาก	2.07*
8. ความพร้อมของระบบส่งต่อ	3.89	.84	มาก	4.16	.66	มาก	2.1*
9. การได้รับเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ	3.89	.82	มาก	4.17	.73	มาก	2.3*
10. ลักษณะและรูปแบบการให้บริการรักษาพยาบาล	3.87	.76	มาก	4.09	.73	มาก	1.84
11. ทักษะการสื่อสารผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัยของบุคลากร ในโรงพยาบาล	3.85	.89	มาก	4.04	.83	มาก	1.14
12. ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย	3.82	.84	มาก	4.19	.76	มาก	2.48**
13. ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล	3.82	.92	มาก	3.96	.78	มาก	1.29
14. นโยบายของโรงพยาบาลต่อการรักษาพยาบาลใหม่	3.72	.95	มาก	4.14	.69	มาก	3.2**

ตาราง 13 (ต่อ)

ความตั้งใจวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล(n ₁ = 67)			หัวหน้าพยาบาล(n ₂ = 83)			t-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
15. ความครอบคลุมของการบริการ	3.72	.87	มาก	3.96	.75	มาก	1.7
16. ระบบการนำของโรงพยาบาล	3.70	.97	มาก	4.11	.65	มาก	2.94**
17. การวิเคราะห์สมรรถนะของบุคลากร	3.70	.84	มาก	4.19	.76	มาก	3.5**
18. เลือกกรอบคุณภาพที่เหมาะสม เช่น PMQA/TQA/JCI	3.69	.92	มาก	4.00	.73	มาก	2.3*
19. วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการว่าเทียบเท่ากับระดับที่เป็นเลิศ	3.67	.93	ปานกลาง	3.93	.97	มาก	1.7
20. การให้ข้อมูลผู้รับบริการ	3.66	1.06	ปานกลาง	3.86	.87	มาก	1.4
21. โครงสร้างองค์กรที่เอื้อต่อบรรยากาศความเอื้ออาทร	3.67	.79	ปานกลาง	3.85	.89	มาก	1.06
22. การสร้างนวัตกรรมเพื่อการดึงดูดผู้ใช้บริการ	3.66	.99	ปานกลาง	3.83	.84	มาก	1.1
23. วิเคราะห์การประสานงานกับบริษัทประกันชีวิตของผู้ใช้บริการ	3.66	.91	ปานกลาง	3.64	.97	ปานกลาง	.02
24. การนำวิถีไทยเป็นการรักษาทางเลือก	3.64	.96	ปานกลาง	3.70	.94	มาก	.32
25. ทักษะการนำเสนอเป็นภาษาอังกฤษของบุคลากร	3.59	1.10	ปานกลาง	3.93	.95	มาก	2.0*
26. การรักษาพยาบาลผู้รับบริการต่างวัฒนธรรม	3.52	1.06	ปานกลาง	3.86	.87	มาก	1.9
27. โอกาสสร้างองค์กรให้มีวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.52	.99	ปานกลาง	3.84	.91	มาก	1.9
28. การเกิดขึ้นของโรงพยาบาลแห่งใหม่	3.51	1.01	ปานกลาง	3.79	.85	มาก	1.89

ตาราง 13 (ต่อ)

ความตั้งใจวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล($n_1 = 67$)			หัวหน้าพยาบาล($n_2 = 83$)			t-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
29. วิเคราะห์ความได้เปรียบขององค์กรเมื่อเทียบกับ โรงพยาบาลอื่น	3.48	.97	ปานกลาง	3.68	.82	มาก	1.2
30. การมีคู่สัญญาที่เป็น โรงพยาบาลเอกชน	3.46	1.07	ปานกลาง	3.49	.95	ปานกลาง	.23
31. การกำหนดความรับผิดชอบของบุคลากรในการเฝ้าสังเกต และประเมินสิ่งแวดล้อม	3.41	.95	ปานกลาง	3.57	.92	ปานกลาง	.99
32. การให้คำปรึกษาระหว่างการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	3.26	1.14	ปานกลาง	3.60	.98	ปานกลาง	1.9
33. กำหนดกรอบระยะเวลาในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม	3.25	1.03	ปานกลาง	3.54	.87	ปานกลาง	1.8

จากตาราง 13 กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนด้านการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกรายข้ออยู่ในระดับมาก 18 ข้อ และระดับปานกลาง 15 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดระดับมาก 3 ข้อแรก คือ ความเสี่ยงในการรักษาพยาบาล ($M = 4.15, SD = .74$) คุณภาพชีวิตการทำงาน ($M = 4.13, SD = .78$) และความเป็นไปได้ในการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาใช้ ($M = 4.05, SD = .80$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง 3 อันดับ ได้แก่ การกำหนดความรับผิดชอบของบุคลากรในการเฝ้าสังเกตและประเมินสิ่งแวดล้อม ($M = 3.41, SD = .95$) การให้คำปรึกษาระหว่างการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ($M = 3.26, SD = 1.14$) และ กำหนดกรอบระยะเวลาในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ($M = 3.25, SD = 1.03$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนด้านการวิเคราะห์สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกรายข้ออยู่ในระดับมาก 28 ข้อ และระดับปานกลาง 5 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับมากที่สุด 3 ข้อแรกคือ คุณภาพชีวิตการทำงาน ($M = 4.37, SD = .73$) ความเสี่ยงในระบบสุขภาพ ($M = 4.32, SD = .74$) และ ความเข้มแข็งของหน่วยงานค่าน้ำ ($M = 4.27, SD = .84$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดและอยู่ในระดับปานกลาง 3 อันดับ ได้แก่ การให้คำปรึกษาระหว่างการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ($M = 3.60, SD = .98$) กำหนดกรอบระยะเวลาในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม ($M = 3.54, SD = .87$) และ การมีคู่สัญญาที่เป็นโรงพยาบาลเอกชน ($M = 3.49, SD = .95$) ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจด้านการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกเป็นรายข้อระหว่างกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล พบว่า กลุ่มหัวหน้าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจสูงกว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาล 10 ข้อ และข้อที่มีค่าที่อิสระสูงสุด 3 ข้อแรก ได้แก่ นโยบายสุขภาพต่อการให้บริการใหม่ ($t = 3.2, p < .01$) การวิเคราะห์สมรรถนะของบุคลากร ($t = 3.05, p < .01$) และ ระบบการนำของโรงพยาบาล ($t = 2.94, p < .01$) ตามลำดับ

ตาราง 14 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาล ($n_1 = 67$) และหัวหน้าพยาบาล ($n_2 = 83$)

ในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านการกำหนดกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ความตั้งใจกำหนดกลยุทธ์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล($n_1 = 67$)			หัวหน้าพยาบาล($n_2 = 83$)			t-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
1. การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ	4.15	.95	มาก	4.16	.68	มาก	.01
2. การปรับปรุงการบริการให้เป็นเลิศ	4.11	.80	มาก	4.36	.65	มาก	2.2*
3. การเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ	3.93	.83	มาก	4.25	.68	มาก	2.5**
4. ส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน	3.92	.80	มาก	4.33	.70	มาก	3.2**
5. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและภาคเอกชนในประเทศ	3.87	.96	มาก	3.98	.74	มาก	.74
6. การเพิ่มความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	3.75	.93	มาก	4.17	.70	มาก	3.17**
7. เพิ่มทักษะภาษาอังกฤษของบุคลากร	3.70	.97	มาก	4.17	.83	มาก	3.25**
8. จัดทำป้ายแนะนำขั้นตอนการรับบริการและแนะนำสถานที่ภายในโรงพยาบาล	3.62	1.08	ปานกลาง	4.02	.92	มาก	2.44*
9. ขยายการบริการสำหรับลูกค้ากลุ่มใหม่	3.54	1.03	ปานกลาง	3.94	.84	มาก	2.39*
10. ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการรักษาพยาบาลกับหน่วยงานที่มีสมรรถนะสูงกว่า	3.48	1.04	ปานกลาง	3.07	.94	ปานกลาง	1.5
11. เตรียมมุมมองปฏิตกกิจศาสนาให้กับผู้รับบริการ	3.38	1.04	ปานกลาง	3.62	.98	ปานกลาง	1.4

ตาราง 14 (ต่อ)

ความตั้งใจกำหนดกลยุทธ์	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล(n ₁ = 67)			หัวหน้าพยาบาล(n ₂ = 83)			t-value
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ	
12. การให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ	3.36	.98	ปานกลาง	3.90	.88	มาก	3.4**
13. ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลภาครัฐ และเอกชนในต่างประเทศ	3.16	1.04	ปานกลาง	3.56	1.07	ปานกลาง	1.34
14. ให้ความสนใจต่อการจัดลิขสิทธิ์แพทย์แผนไทย	2.97	.89	ปานกลาง	3.00	.56	ปานกลาง	2.17*

จากตาราง 14 กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนด้านการกำหนดกลยุทธ์รายข้อ อยู่ในระดับมาก 7 ข้อ และระดับปานกลาง 7 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดระดับมาก 3 ข้อแรกคือ การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ ($M = 4.15, SD = .95$) การส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากร ($M = 4.11, SD = .80$) และ การเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ($M = 3.93, SD = .83$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ย น้อยสุดระดับปานกลาง 3 อันดับได้แก่ การให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ($M = 3.36, SD = .98$) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในต่างประเทศ ($M = 3.16, SD = 1.04$) และให้ความสนใจต่อการจดลิขสิทธิ์แพทย์แผนไทย ($M = 2.97, SD = .89$) ส่วนกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมอาเซียนรายข้ออยู่ในระดับมาก จำนวน 10 ข้อ และระดับปานกลางจำนวน 4 ข้อ โดยข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดระดับมาก 3 ข้อแรก คือ การส่งเสริมสมรรถนะของบุคลากร ($M = 4.36, SD = .65$) ส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน ($M = 4.33, SD = .70$) และการเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ ($M = 4.25, SD = .68$) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดระดับปานกลาง 3 ข้อได้แก่ ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายโรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนในต่างประเทศ ($M = 3.56, SD = .07$) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการรักษาพยาบาลกับหน่วยงานที่มีสมรรถนะสูงกว่า ($M = 3.07, SD = .94$) และให้ความสนใจต่อการจดลิขสิทธิ์แพทย์แผนไทย ($M = 3.00, SD = .56$)

เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจด้านการกำหนดกลยุทธ์เป็นรายข้อระหว่างกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล พบว่า กลุ่มหัวหน้าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจสูงกว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาล 9 ข้อ และข้อที่มีค่าทีอิสระสูง 3 ข้อแรกได้แก่ การให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ($t = 3.4, p < .01$) เพิ่มทักษะภาษาอังกฤษของบุคลากร ($t = 3.25, p < .01$) และการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน ($t = 3.20, p < .01$) ตามลำดับ

การวิเคราะห์เพิ่มเติมจากวัตถุประสงค์ที่กำหนด

ตาราง 15 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
ตามความคาดหวังกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับ
ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (n = 67)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. กระบวนการ	1.00	.90**	.92**	.89**	.88**	.96**	.45**
2. การบริการ		1.00	.92**	.83**	.93**	.95**	.55**
3. คุณภาพการบริการ			1.00	.88**	.91**	.97**	.35**
4. การจัดการองค์กร				1.00	.89**	.94**	.48**
5. การตลาด					1.00	.96**	.44**
6. ผลกระทบโดยรวม						1.00	.50**
7. ความตั้งใจในการจัดทำ แผนกลยุทธ์							1.00

**p < .01

จากตาราง 15 การคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์
($r = .50, p .01$)

ตาราง 16 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนตามความคาดหวัง
กับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
ของหัวหน้าพยาบาล (n = 83)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1 กระบวนการ	1.00	.85**	.79**	.79**	.74**	.90**	.44**
2 การบริการ		1.00	.84**	.76**	.83**	.92**	.51**
3 คุณภาพการบริการ			1.00	.84**	.83**	.93**	.38**
4 การจัดการองค์กร				1.00	.86**	.92**	.48**
5 การตลาด					1.00	.92**	.43**
6 ผลกระทบโดยรวม						1.00	.49**
7 ความตั้งใจในการจัดทำแผน กลยุทธ์							1.00

**p < .01

จากตาราง 16 การคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง
หัวหน้าพยาบาลมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์ (r=.49,
p.01)

การอภิปรายผล

การคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพ อภิปรายตามผลการศึกษารายด้านของกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและกลุ่มหัวหน้าพยาบาลดังนี้

ด้านกระบวนการรักษาพยาบาล

จากผลการศึกษาการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพด้านกระบวนการรักษาพยาบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตาราง 1) และของหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 6) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 2 ข้อแรกในระดับมาของการคาดการณ์ผลกระทบด้านบวก คือ ประเด็นของการเฝ้าระวังโรคและภัยต่อสุขภาพจากการให้บริการ การใช้ภาษาและการปรับระบบการสื่อสารในองค์กร อธิบายได้ว่า เนื่องจากการรวมตัวของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเปิดโอกาสให้ประชาชนของประเทศสมาชิกทั้ง 10 ประเทศมีการเดินทางไปมาเพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ ได้สะดวกขึ้น (กระทรวงพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2553) ซึ่งคนจากประเทศสมาชิกบางส่วนอาจมีสถานะสุขภาพและความเจ็บป่วยที่แตกต่างจากสภาพภูมิอากาศ วิถีชีวิตและความเชื่อในการดำรงชีวิต ซึ่งแตกต่างจากปัญหาสุขภาพที่บุคลากรทางการแพทย์ของไทยได้เผชิญมา (Kimball, Moore, French, Arima, Ungchusak, Wibulpolprasert, 2008) ดังนั้นขณะที่ให้บริการผู้ใช้บริการจากประเทศสมาชิกอาเซียนบุคลากรทางการแพทย์ของไทยจำเป็นต้องให้ความระมัดระวังในการเฝ้าโรคและภัยต่อสุขภาพจากการให้บริการเป็นอันดับแรกซึ่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลในฐานะผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในฐานะผู้บริหารทางการแพทย์ต้องบริหารจัดการพยาบาลในความรับผิดชอบให้สามารถบริการผู้ใช้บริการได้อย่างปลอดภัยต่อตนเองและต่อผู้รับบริการ (ขนิษฐา, 2555; ศศิธร, 2548) ด้วยภาษาที่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ใช้บริการชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกได้อย่างมีศักดิ์ศรี รวมทั้งภาษาภายนอกทางการแสดงออกถึงพฤติกรรมบริการที่สอดคล้องกับความเชื่อและวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการและการปรับระบบการสื่อสารเพื่อให้การสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ ทีมพยาบาลและผู้รับบริการจากภายในประเทศและประเทศสมาชิกได้รับข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับแผนการรักษาดำเนินดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ (จุฑา, 2555; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554; Campinha-Bacote, 2002)

ส่วนค่าคะแนนเฉลี่ยลำดับที่ 3 ที่แตกต่างกันคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคาดการณ์ว่า AEC จะนำไปสู่การปรับระบบงานสำคัญ ในขณะที่หัวหน้าพยาบาลคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการปรับระบบการให้ข้อมูลผู้ป่วย อธิบายได้ว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กรที่จะต้องบริหารองค์กรในภาพรวมซึ่งต้องครอบคลุมทุกมิติของการจัดการ โดยเฉพาะเรื่องของการปรับระบบงานสำคัญซึ่งประกอบด้วยระบบบริหารความเสี่ยง ความปลอดภัยและคุณภาพ การกำกับดูแลด้าน

วิชาชีพ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อระบบเวชระเบียน ระบบการจัดการด้านยา การตรวจทดสอบประกอบการวินิจฉัย การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพและการเสริมพลังชุมชน (สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล, 2551) การที่จะมีประชาคมอาเซียนเกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2558 จะต้องเริ่มมีการจัดการทั่วทั้งองค์กรเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว โดยเริ่มจากการปรับระบบงานสำคัญซึ่งเป็นกระบวนการพื้นฐานที่จำเป็นต่อการรักษาพยาบาลผู้ให้บริการทุกกลุ่มอายุ แต่ในขณะเดียวกันหัวหน้าพยาบาลซึ่งมีพันธกิจหลักในการบริหารการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้นส่วนหนึ่งคือการบริหารจัดการเรื่องการสื่อสารและการให้ข้อมูลผู้ป่วยทั้งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มในแต่ละแผนกซึ่งเป็นสิ่งที่พยาบาลแต่ละคนต้องพัฒนาสมรรถนะเรื่องการให้ข้อมูลอย่างจริงจังเพราะเป็นการสะท้อนถึงสมรรถนะของพยาบาลโดยตรง (ทัศนาศาสตร์, 2555; สุริย์, 2555) และเป็นสิ่งที่สามารถพัฒนาได้ล่วงหน้า นอกจากนั้นจากประสบการณ์การจัดการดูแลที่ผ่านมาก่อนที่จะมีการเปิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างเป็นทางการ พยาบาลในโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีประสบการณ์และมีปัญหาในการดูแลผู้ให้บริการจากประเทศสมาชิกอาเซียนมาพอสมควร เช่น จากประเทศพม่าและประเทศกัมพูชา เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า หัวหน้าพยาบาลจากเกือบทุกโรงพยาบาล (96.3%) รายงานว่ามีผู้บริการชาวต่างชาติ จึงทำให้หัวหน้าพยาบาลมีคาดการณ์ในเรื่องผลกระทบของ AEC เป็นโอกาสที่ส่งเสริมให้มีการปรับระบบการให้ข้อมูลอย่างชัดเจน

นอกจากนั้นผลการศึกษาคั้งนี้ พบว่า การคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อกระบวนการรักษาพยาบาลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล และ หัวหน้าพยาบาลในประเด็นความรวดเร็วของการบริการสุขภาพ เป็นการมองต่างมุมที่มีความหลากหลาย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มบางส่วนมองว่า AEC ส่งผลกระทบทางบวกเป็นโอกาส บางส่วนมองว่า AEC ส่งผลกระทบต่อหรือเป็นความเสี่ยง และมีบางส่วนมองว่า AEC จะไม่ส่งกระทบใดๆต่อความรวดเร็วของการบริการสุขภาพ อภิปรายได้ว่า เนื่องจากความท้าทายที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้นี้ระบบการบริการสุขภาพของไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในลักษณะของการจัดระบบการดูแลใหม่ในรูปของเครือข่ายการบริการสุขภาพ (service plan) ที่มุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการจัดสรรทรัพยากรของระบบสุขภาพให้เป็นไปอย่างคุ้มค่าคุ้มค่ามากที่สุดเพื่อเอื้อให้ผู้ให้บริการเข้าถึงการบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (โสภณ, 2555) และเกิดการจัดกลุ่มระบบการพัฒนาเป็นองค์กรที่สามารถให้บริการอย่างเป็นเลิศ (excellent center) ในด้านต่างๆของแต่ละโรงพยาบาลซึ่งโรงพยาบาลต้นสังกัดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้เป็นโรงพยาบาลระดับ Advanced และ Moderate ซึ่งมีศักยภาพสูงหรืออยู่ในระยะของการพัฒนาศักยภาพสู่ขั้นความสามารถที่สูงขึ้นและเป็นการเปลี่ยนแปลงนี้อยู่ในระยะเริ่มต้น (สำนักงานพยาบาล, 2555) และความรวดเร็วของกระบวนการรักษาเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานทุกภาคส่วนทั้งในโรงพยาบาลและหน่วยงานภายนอก โดยเฉพาะเมื่อเป็นการให้บริการผู้ให้บริการชาวต่างชาติ อาจจะมีเรื่องของส่งต่อ เรื่องของการประสานกับระบบประกันสุขภาพของประเทศสมาชิกรวมทั้งการ

ประสานกับญาติที่อยู่อีกประเทศหนึ่ง เป็นต้น ดังนั้นจึงอาจเป็นสาเหตุให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลมีการคาดการณ์เรื่องผลกระทบของ AEC ต่อความรวดเร็วในการบริการแตกต่างกันได้

ด้านลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล

จากผลการศึกษาการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพด้านการบริการรักษาพยาบาลของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (ตาราง 2) และของหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 7) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายข้อสูงสุด 2 ข้อแรกในระดับมากของการคาดการณ์ผลกระทบด้านบวกใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มนี้ คือ สารสนเทศให้ผู้รับบริการและการส่งเสริมบุคลากรให้มีความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม อภิปรายได้ว่า ในยุคปัจจุบันมาตรฐานการรักษาพยาบาลเป็นเรื่องที่บุคลากรในระบบสุขภาพของไทยให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งและส่วนหนึ่งของการได้รับการรับรองเรื่องมาตรฐานนั้นเกี่ยวข้องกับสารสนเทศในการให้บริการซึ่งครอบคลุมตั้งแต่เรื่องเวชระเบียน ตัวชี้วัดด้านกระบวนการรักษาและผลลัพธ์ของการดูแล การวางแผนกลยุทธ์ในการพัฒนางานและบุคลากร การจัดสรรงบประมาณและการวิเคราะห์ความคุ้มค่าคุ้มทุนในการบริหารจัดการซึ่งเป็นสมรรถนะด้านภาวะผู้นำและการจัดการซึ่งเป็นหนึ่งในห้าสมรรถนะหลักของพยาบาลอาเซียนซึ่งเป็นข้อกำหนดของที่ประชุม AJCCN (สุจิตรา, 2555; ทศนา และ อรสา, 2552) ซึ่งจะเชื่อมโยงถึงการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบในทุกๆกิจกรรมของการจัดการบริการพยาบาลรวมทั้งการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างครบถ้วนสมบูรณ์เพื่อใช้แก้ไขปัญหาหรือใช้เมื่อต้องประเมินประสิทธิผลที่มีการฟ้องร้องเกิดขึ้น โดยเฉพาะในบริบทที่เริ่มมีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2558 นี้จำนวนผู้ใช้บริการต่างชาติจากประเทศสมาชิกเพิ่มขึ้น (สำนักงาน ก.พ. กลุ่มช่วยอำนวยการ, 2555) ซึ่งระบบข้อมูลสารสนเทศอาจต้องมีการปรับใช้ภาษาต่างประเทศมากขึ้นเพื่อความสะดวกในการสื่อสารระหว่างทีมแพทย์ พยาบาล และระบบประกันสุขภาพของผู้ใช้บริการจากประเทศสมาชิกอื่นๆเพิ่มขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ในระยะเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลงอันเนื่องมาจากประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน แพทย์และพยาบาลไทย อาจต้องระมัดระวังและให้ความสนใจในการศึกษาวัฒนธรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการจากประเทศสมาชิกเพื่อป้องกันหรือลดความขัดแย้งหรือการฟ้องร้องเนื่องจากความไม่เข้าใจในการแสดงพฤติกรรมระหว่างการดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70.5 และ ร้อยละ 82.7 ตามลำดับ) มีประสบการณ์ในการร่วมได้เข้าร่วมการประชุมเกี่ยวกับเศรษฐกิจอาเซียนในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา เฉลี่ย 2 ครั้งต่อปี อีกทั้งสำนักงานการพยาบาล (2555) ได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์การเตรียมตัวเข้าสู่อาเซียนเพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลได้ตระหนักถึงการเตรียมสมรรถนะต่างๆที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะเรื่องการดูแลผู้ใช้บริการต่างวัฒนธรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้พยาบาลไทยยังคงรักษามาตรฐานในการดูแลผู้ใช้บริการจากประเทศสมาชิกอาเซียนได้เป็นอย่างดี

ส่วนการคาดการณ์ AEC ส่งผลกระทบต่อทางลบจากกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตาราง 2) ที่เป็นประเด็นเกี่ยวกับการคาดการณ์ของกลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 7) คือประเด็นของการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ อภิปรายได้ว่า การเกิดประชาม เศรษฐกิจอาเซียนอาจเป็นปัจจัยเสี่ยงอย่างหนึ่งต่อการประเมินผลความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเนื่องจาก กลุ่มผู้ใช้บริการซึ่งประกอบด้วยกลุ่มชาวไทยและกลุ่มชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกอาเซียนมีวิถี ความเชื่อและการปฏิบัติตนที่แตกต่างกันส่งผลให้การจัดการประเมินผลความพึงพอใจของระบบบริการ สุขภาพอาจต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบ วิธีการ ภาษา และช่วงเวลาในการประเมินผลใหม่เพื่อให้ สอดคล้องกับกลุ่มผู้ใช้บริการที่หลากหลายเพิ่มขึ้น (ชนินฐา, 2555) อีกทั้งการประเมินจะต้องครอบคลุม ประเด็นการเข้าถึงการบริการและปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องในเชิงระบบซึ่งหากระยะแรกของการให้บริการ อยู่ในระยะปรับปรุงเปลี่ยนผ่านอาจจะทำให้มีต่อผลการประเมินได้ เช่น สถานที่ให้บริการ การใช้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย (ชเรศ, 2553) ด้วยเหตุผลดังกล่าวเหล่านี้กลุ่มตัวอย่างผู้บริหารทั้ง 2 กลุ่มจึงคาดการณ์ว่า AEC น่าจะส่งผลกระทบต่อการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในประเด็นของผลกระทบ AEC ต่อการบริการสุขภาพ ของชาวไทย พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลประมาณกึ่งหนึ่ง คาดว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบใดๆ (ร้อยละ 49.5 และ ร้อยละ 48.2 ตามลำดับ) (ตาราง 2 และ ตาราง 7) อภิปรายได้ว่า ปัจจุบันระบบการรักษาพยาบาลของไทยภาครัฐมีการให้บริการที่ได้มาตรฐานและได้รับการ รับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลอีกทั้งประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพ 3 ประเภทได้แก่ สิทธิการรักษาแบบข้าราชการหรือการจ่ายตรง สิทธิประกันสังคมและหลักประกัน สุขภาพ (บัตรทอง) ที่ช่วยให้ชาวไทยทุกคนสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างมี ประสิทธิภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2552) ดังนั้นถึงแม้ว่าสภาพสังคมไทยขยายเป็นสังคม อาเซียนกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลจึงคาดการณ์ได้ตรงกันว่า AEC จะไม่ส่งผล กระทบต่อการให้บริการสุขภาพชาวไทย

ด้านคุณภาพการบริการสุขภาพ

จากผลการศึกษาการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพด้านผลผลิต ของการรักษาพยาบาลของผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตาราง 3) และของหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 8) ส่วน ใหญ่ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยรายชื่อที่สูงสุดตรงกัน ในระดับมากของการคาดการณ์ผลกระทบด้านบวก ได้แก่ จำนวนผู้รับบริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้น (ร้อยละ 82.1 และ ร้อยละ 91.6) อภิปรายได้ว่า ด้วย ข้อตกลงทางการค้าร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน ประชาชนของประเทศสมาชิกสามารถ เดินทางไปมาระหว่างประเทศสมาชิกได้สะดวกและไม่ต้องขอพาสปอร์ตรวมทั้งยานพาหนะทั้งสายการ บินราคาประหยัดหรือการขยายเวลาการเพิ่มจำนวนรอบของสายการบินมีมากขึ้น (ธนาคารเพื่อการ

ส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย ฝ่ายวิจัยธุรกิจ, 2555) จึงทำให้การเดินทางมาประเทศไทยมีความสะดวกมากขึ้นจำนวนชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกจึงมีโอกาสมเพิ่มขึ้นตามมา อีกทั้งจากการเปรียบเทียบค่ารักษาพยาบาลระหว่างประเทศต่างๆพบว่า ค่ารักษาพยาบาลของไทยต่อประเภทการรักษาหรือโรคกลุ่มเดียวกันมีราคาถูกลงกว่าประเทศสิงคโปร์และสหรัฐอเมริกาแต่การบริการไทยมีคุณภาพไม่แตกต่างจากประเทศดังกล่าว (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2555) จึงเป็นเหตุให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลคาดการณ์ว่า AEC ส่งผลให้มีจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

นอกจากนั้นผลการศึกษาพบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคาดการณ์ผลกระทบ AEC ระดับที่สอง (ตาราง 3) ตรงกันกับกลุ่มหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 8) คือเรื่องโครงการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 65.7 และ ร้อยละ 78.3 ตามลำดับ) อภิปรายได้ว่า ขณะนี้การบริการสุขภาพของไทยมุ่งเน้นที่การดูแลรักษาพยาบาลด้วยหัวใจมนุษย์ (humanized care) อย่างจริงจัง (ประเวศ, 2550) จึงเป็นโอกาสที่การเกิดขึ้นของประชาคมอาเซียนเป็นสาเหตุส่วนหนึ่งที่ส่งผลให้โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลทั่วประเทศไทยได้ตระหนักถึงการปรับหรือปรับโครงการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีความเชื่อของผู้ใช้บริการ (จุฑา, 2555; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) เช่น การปรับภูมิทัศน์ การปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม เช่น การจัดทำมุมอาชาน มุมละหมาด การจัดป้ายบอกทางเป็นภาษาต่างๆของประเทศสมาชิก หรือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องของภาษาและวัฒนธรรมอย่างจริงจังมากขึ้น (ดวงใจ, 2556; นันทนัช, 2557) เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลประมาณหนึ่งในสามคาดการณ์ AEC อาจส่งผลลบหรือทำให้ผลผลิต/คุณภาพการบริการแยกลงในประเด็นของการคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.3 และร้อยละ 38.6) และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร (ร้อยละ 34.3 และร้อยละ 22.9) ซึ่งจากผลการศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มคาดการณ์ประเด็นที่ใกล้เคียงกัน อภิปรายได้ว่า เมื่อมีประชาคมอาเซียนอย่างเป็นทางการ จำนวนโรงพยาบาลเอกชนในไทยน่าจะเพิ่มขึ้นจาก ข้อตกลงที่เกิดขึ้น 2 ใน 4 รูปแบบโดย รูปแบบที่ 1 การบริการข้ามพรมแดน (Cross border supply) หมายถึง ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการต่างอยู่ในประเทศของตนโดยการให้บริการผ่านสื่อต่างๆ และรูปแบบ 2 การไปรับบริการในต่างประเทศ (Consumption abroad) หมายถึง ผู้รับบริการเดินทางไปใช้บริการที่ประเทศผู้ให้บริการ (วิจิตร, สุจิตรา และ กฤษดา, 2555) หรือมีการขยายการรับจำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างชาติมากขึ้น ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลบางส่วนอาจมีการโยกย้ายหรือลาออกเพื่อเข้าทำงานในโรงพยาบาลเอกชนซึ่งโดยทั่วไปมีค่าตอบแทนสูงกว่าโรงพยาบาลของรัฐบาลในขณะเดียวกันจำนวนพยาบาลที่ยังคงปฏิบัติงานในโรงพยาบาลภาครัฐมีจำนวนน้อยกว่าที่ควรจะเป็นตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล และโอกาสที่จะได้

อัตรากำลังมาทดแทนได้ทันทั่วทั้งที่มีความเป็นไปได้น้อย (กฤษดา, 2554; นงนุช และ ศศิธร, 2554) ดังนั้น บุคลากรที่ทำงานในโรงพยาบาลภาครัฐจำเป็นต้องทำงานภายใต้สภาวะอัตรากำลังที่ขาดแคลนมากขึ้น มีจำนวนวันและเวรการปฏิบัติงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงานและคุณภาพการบริการแยลงอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาลประมาณกึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.7) ในขณะที่กลุ่มหัวหน้าพยาบาลประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 34.9) คาดว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพงานการบริการ อภิปรายได้ว่า เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะวิชาชีพแพทย์ และวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ถูกปลูกฝังให้มุ่งเน้นการบริการที่ได้มาตรฐานและปลอดภัยสำหรับผู้ใช้บริการมาตลอดหลักสูตรที่เรียนและมีจรรยาบรรณและจริยธรรมของแต่ละวิชาชีพเป็นตัวกำกับพฤติกรรมและการดูแลผู้ใช้บริการที่คำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ใช้บริการทุกกลุ่ม (สภาการพยาบาล, 2552; ศิวลี, 2555) ดังนั้นไม่ว่าสภาพทางสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร การให้บริการสุขภาพของไทยยังคงรักษามาตรฐานและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ด้านการบริหารจัดการองค์กร

กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตาราง 4) และหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 9) มีการคาดการณ์ตรงกันถึงผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพใน 3 ประเด็นแรกดังนี้ ส่วนใหญ่คาดการณ์ AEC ส่งผลกระทบทางบวกหรือทางที่ดีขึ้นสูงสุด 3 ประเด็นโดยประเด็นแรกได้แก่ การพัฒนาหัวหน้างานให้มีความรู้ด้านกฎหมายเกี่ยวกับระบบสุขภาพภายใต้ AEC (ร้อยละ 77.6 และ ร้อยละ 91.6) อภิปรายได้ว่า จากการมีสถานะใหม่ทางสังคมของไทยเป็นสังคมของประชาคมอาเซียนนำมาซึ่งการมีผู้ใช้บริการที่หลากหลายจากประเทศสมาชิก จากผู้ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นทั้งจากกลุ่มผู้ใช้บริการและญาติ การเข้ามาประกอบอาชีพทางด้านสุขภาพ การพยาบาล การเข้ามาให้บริการสุขภาพร่วมกับการท่องเที่ยวในไทย การดำเนินการทางธุรกรรมของบริษัทประกันชีวิตและอื่นๆอีก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่บุคลากรระดับหัวหน้างานต้องมีความรู้ความเข้าใจในระเบียบกฎหมายและข้อบังคับต่างๆ (ทัศน และ อรสา, 2552; ไพจิตร, 2555; อัฐ, 2555) และเป็นผลดีต่อองค์กรในการชำระไว้ซึ่งการบริการตามหลักธรรมาภิบาล และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิทั้งในส่วนของผู้ใช้บริการและผู้รับบริการ (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2552)

สำหรับประเด็นที่มีการคาดการณ์ผลกระทบทางบวกต่อการบริหารจัดการองค์กรรองลงมา คือ การสร้างบรรยากาศทำงานเตรียมรับ AEC (ร้อยละ 76.1 และ ร้อยละ 85.5) และการกำหนดความเชี่ยวชาญขององค์กร (ร้อยละ 68.7 และ ร้อยละ 81.5) ตามลำดับ อภิปรายได้ว่า ผู้บริหารองค์กรมีหน้าที่ในการบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเพื่อให้องค์กรสามารถดำเนินพันธกิจได้อย่างมีประสิทธิภาพและเพื่อให้ผู้รับบริการทั้งชาวไทยและผู้ให้บริการจากประเทศสมาชิกได้รับการดูแลที่มี

คุณภาพเดียวกัน (สำนักงาน ก.พ. กลุ่มช่วยอำนวยความสะดวก, 2555) การเกิดประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นการเปลี่ยนแปลงที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในฐานะที่ไทยเป็นประเทศสมาชิก ผู้บริหารองค์กร โดยเฉพาะผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลจำเป็นต้องดำเนินการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงซึ่งสามารถเริ่มได้จากการสร้างบรรยากาศการทำงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 5 ประการที่กำหนดโดยองค์กรวิชาชีพ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ การเมืองและวัฒนธรรมที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานและกระบวนการดำเนินงานบริการพยาบาลเพื่อก้าวสู่อาเซียน 2) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางการพยาบาลให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลง 3) การพัฒนาระบบบริหารจัดการกำลังคนทางการพยาบาลเพื่อก้าวสู่อาเซียน 4) การพัฒนาระบบบริการในสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติและโรคอุบัติใหม่-อุบัติซ้ำ และ 5) การยกระดับคุณภาพงานบริการพยาบาลสู่ความเป็นผู้นำในประชาคมอาเซียน (สำนักการพยาบาล, 2555) อีกทั้งการบริการทางการแพทย์ของไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นการบริการที่ได้มาตรฐานและกระทรวงสาธารณสุขของไทยกำลังปรับบริการบริการของประเทศให้เป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในเอเชีย (medical hub) (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2552) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลที่มีวิสัยทัศน์ต้องมีการสร้างบรรยากาศการทำงานเตรียมรับประชาคมอาเซียน เพื่อยังคงรักษามาตรฐานสำหรับการดูแลสุขภาพของชาวไทยและชาวต่างชาติ และหากสามารถเตรียมการ โดยการสร้างความเชี่ยวชาญในงาน ได้ยิ่งเพิ่ม โอกาสทางการแข่งขันและสร้างชื่อเสียงให้กับองค์กรได้มากขึ้น (กฤษดา, 2554) เพราะ ผู้ใช้บริการมีความคาดหวังต่อสมรรถนะการให้บริการที่ดี เช่น ทักษะการให้การรักษาพยาบาลอย่างดี ความสามารถในการอธิบายความเจ็บป่วยและแผนการรักษาในแต่ละกลุ่มโรคที่เข้าใจได้ง่ายและชัดเจน (ศิริอร และ พัชรภรณ์, มปป) เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลเพียงส่วนน้อยมาก (ร้อยละ 0-3 และร้อยละ 0-4) คาดการณ์ AEC ส่งผลลบในประเด็นด้านการบริหารจัดการองค์กร ยกเว้น ด้านการเก็บรักษาบุคลากรที่เก่ง (ร้อยละ 13.4 และร้อยละ 13.3) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยผลกระทบในระดับมาก ($M = 4.08$, $SD = .83$) และระดับปานกลาง ($M = 3.64$, $SD = .81$) อภิปรายได้ว่า การเกิดประชาคมอาเซียนเป็นการเปิดโอกาสการขยายธุรกิจประเภทต่างๆรวมทั้งธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพ เช่น การขยายโรงพยาบาล การบริการทางด้านการรักษาพยาบาลด้วยเทคโนโลยีใหม่ ดังนั้น มีความเป็นไปได้ว่าเมื่อมีการขยายหรือปรับลักษณะการรักษาพยาบาล บุคลากรที่มีความสามารถเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง หรือพยาบาลที่มีทักษะเชี่ยวชาญในเรื่องต่างๆและหรือสามารถสื่อสารได้หลายภาษา อาจได้รับการทาบทามให้ไปทำงานที่อื่นด้วยเงื่อนไขที่ดี (ครรรชิต, 2554) ในขณะที่ประมาณกึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและกลุ่มหัวหน้าพยาบาลคาดการณ์ว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการองค์กรในประเด็นของ การปรับโครงสร้างองค์กร (ร้อยละ 52.2 และร้อยละ 45.8) การกำกับดูแลวิชาชีพ (ร้อยละ 41.8 และ ร้อยละ 25.3) และการสร้างวัฒนธรรมองค์กรให้

สอดคล้องกับวิสัยทัศน์โรงพยาบาล (ร้อยละ 37.3 และ ร้อยละ 24.1) ตามลำดับ อภิปรายได้ว่า ลักษณะโครงสร้างองค์กรของการบริการสุขภาพไทยเป็นการจัดการบริหารองค์กรที่ชัดเจนอย่างเป็นระบบทั้งในส่วนของโครงสร้างการบริหารงาน การบริหารบุคลากร การบริหารคุณภาพและการบริหารจัดการทรัพยากรซึ่งโครงสร้างองค์กรจะสัมพันธ์กับตำแหน่งงานและอัตรากำลังตามพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือนพ.ศ. 2551 (คนุตดา, 2552) การปรับเปลี่ยนโครงสร้างเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อนและอาศัยระยะเวลาพอสมควร ดังนั้นการเกิด AEC มีประเด็นเรื่องการสร้างความตระหนักให้กับบุคลากรและการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการแพทย์ทุกสาขารวมทั้งพยาบาลเป็นต้นซึ่งเป็นเรื่องเร่งด่วนมากกว่าการปรับโครงสร้างองค์กรในโรงพยาบาลภาครัฐ (ประดิษฐ์, 2556)

ด้านการตลาด

กลุ่มตัวอย่างผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตาราง 5) และกลุ่มหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 10) ส่วนใหญ่คาดการณ์ AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือเป็นโอกาสที่ดีสูงสุดตรงกันใน 2 ประเด็นได้แก่ การขยายกลุ่มผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 77.6 และร้อยละ 85.5) และการสนับสนุนการบริการผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ (ร้อยละ 64.2 และ ร้อยละ 84.3) อภิปรายได้ว่า การเปิดตัวของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนอย่างเป็นทางการทำให้กลุ่มคนจากประเทศสมาชิกหลายระดับเดินทางมาสู่ประเทศไทยและบางส่วนมาใช้บริการโรงพยาบาลภาครัฐที่ได้มาตรฐานผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลและมีศักยภาพของบุคลากรและความพร้อมของสถานที่และอุปกรณ์ทางการแพทย์ จึงทำให้การเพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังกล่าว (ณรงค์, 2556; รัชตะ, 2556) และจากลักษณะการขยายเครือข่ายบริการสุขภาพระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐร่วมกับเอกชนทำให้การส่งต่อผู้ป่วยสะดวกรวดเร็วมากขึ้นยอดการรับผู้ป่วย อีกทั้งการขยายจำนวนผู้รับบริการจะเกิดขึ้นได้ทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลจำเป็นต้องให้การสนับสนุนการให้บริการแก่ผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆอย่างเป็นรูปธรรม เช่น การให้งบประมาณในการพัฒนาภาษาอังกฤษเพื่อการสื่อสารในการดูแลผู้รับบริการ การปรับหอผู้ป่วยสามัญบางส่วนเป็นห้องพิเศษ การจัดสรรอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) เป็นต้น

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีการคาดการณ์ AEC ส่งผลกระทบต่อทางบวกหรือเป็นโอกาสที่ดีระดับรองลงมาเรื่องการปรับชุดการให้บริการใหม่เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 68.7) และการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน (ร้อยละ 64.2) เนื่องจากระบบการบริการสุขภาพไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2556 มีการปรับแนวคิดการให้บริการใหม่ โดยให้มีบริการในรูปแบบเครือข่ายเพื่อสามารถให้โรงพยาบาลต่างจัดบริการสุขภาพตามศักยภาพที่เป็นอยู่และแบ่งบรรวมทั้งทรัพยากรอื่นที่เกี่ยวข้องเอื้อให้การพัฒนาบริการหลักหรือเข้มแข็งของโรงพยาบาลนั้นเป็นไปตาม Service plan ที่กำหนดของแต่ละเครือข่าย ดังนั้นชุดการบริการอาจมีการปรับตามศักยภาพและทิศ

ทางการพัฒนาของโรงพยาบาลที่สอดคล้องกับ service plan ที่กำหนด เช่น โครงการจัดตั้งศูนย์พัฒนาสุขภาพไทย การยกระดับคุณภาพและมาตรฐานทั้งในด้านสถานประกอบการ บุคลากร เครื่องมือและอุปกรณ์ ให้เป็นที่ยอมรับในระดับสากล (ประดิษฐ์, 2556; สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย, มปท) รวมทั้งการพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่างภาครัฐและเอกชน เป็นสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้มากกว่าในอดีต เช่น การจัดตั้งวิทยาลัยแพทยศาสตรนานาชาติจุฬาภรณ์ในปี พ.ศ. 2556 ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์ บริษัทแพนราชนะทวีกรูปเป็นสถาบันแห่งแรกของไทยที่มีการสอนด้านการแพทย์เป็นภาษาอังกฤษเพื่อนำพาประเทศไทยให้เติบโตก้าวหน้าทางการแพทย์มากขึ้น (กัมมมาล, 2556) เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ใช้บริการชาวต่างชาติจากประเทศสมาชิกอาเซียน ในอนาคตอันใกล้และเพื่อการบรรลุเป้าหมายและพันธกิจตามแผนพิมพ์เขียวประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2554) เช่น การขยายตัวของโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การก้าวสู่ความเป็นศูนย์กลางทางการแพทย์ในภูมิภาค (medical hub) และความร่วมมืออย่างเข้มแข็งระหว่างโรงพยาบาลภาครัฐและโรงพยาบาลเอกชนในการขยายตลาดและการเพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขัน (ปัญญาประดิษฐ์, 2556) หรือการตกลงเชิงนโยบายในการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าอย่างสะดวก โดยเฉพาะเมื่อในระยะเริ่มต้นของการเกิดประชาคมอาเซียน

ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ในประเด็นรอง ได้แก่ การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 83.1) ระดับมาก ($M = 4.01$, $SD = .67$) อภิปรายได้ว่า การจัดการรับฟังเสียงสะท้อนการบริการพยาบาลจากผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ โดยตรงซึ่งในฐานะที่ไทยเป็นประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียนจะเป็น โอกาสที่ดีสำหรับธุรกิจท่องเที่ยวเชิงการแพทย์ (medical tourism) นั้นหมายถึงจำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างชาติเพิ่มขึ้นจำนวนหนึ่ง (สุทธภา และ คณะ, 2012) เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้บริหารสามารถปรับปรุงการบริการได้ตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการที่มีความหลากหลายทางความคิด ความเชื่อ การแสดงความรู้สึกต่างๆต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับหรือคาดหวังว่าจะได้รับในการใช้บริการจากประเทศอื่น การปรับปรุงหรือพัฒนาระบบการรับฟังเสียงสะท้อนอย่างมีประสิทธิภาพจะเป็นจุดแข็งที่ช่วยให้หัวหน้าพยาบาลและทีมบริหารทางการพยาบาลปรับปรุงแก้ไขปัญหาข้อด้อยของการบริการได้อย่างถูกต้องและตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการ (กนกวรรณ, 2552) โดยเฉพาะช่วงจุดเปลี่ยนสภาพแวดล้อมจากสภาพสังคมไทยมาเป็นสังคมอาเซียน การรับฟังเสียงสะท้อนอย่างเป็นระบบจากผู้บริการจะช่วยให้การพัฒนาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและพัฒนามาตรฐานการพยาบาลไทยเข้าสู่มาตรฐานอาเซียนต่อไปและเป็นการรูปแบบหนึ่งของการพัฒนาคณู์สังคมแห่งการเรียนรู้ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2556)

สำหรับการคาดการณ์ AEC จะไม่ส่งผลกระทบต่ออัตราตลาดนั้นกลุ่มตัวอย่างประมาณ กิ่งหนึ่งผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลคาดการณ์ตรงกัน ในประเด็นอันดับแรกคือการ

แข่งขันระหว่างโรงพยาบาลในการดึงผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆให้มาใช้บริการที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 46.3 และ ร้อยละ 41.0) อภิปรายได้ว่า ลักษณะการบริการของระบบสุขภาพไทยในปัจจุบันเป็นเรื่องของเครือข่ายสุขภาพ 11 เขต โดยที่แต่ละเขตประกอบด้วยโรงพยาบาลทุกระดับตั้งแต่ระดับตติยภูมิ ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ (Advanced level: A) โรงพยาบาลทั่วไป (Standard level: S) และ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก (Middle level1: M1) ระดับตติยภูมิ โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (Middle level: M2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ (First level1: F1) โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง (First level2:F2) โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก (First level3: F3) และระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (ศสม) และสถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช) และมีนโยบายการส่งต่อและความช่วยเหลือระหว่างเครือข่ายเป็นอย่างดี (พงษ์พิสุทธิ์, 2555; โสภณ, 2555) ดังนั้นการแข่งขันเรื่องการเพิ่มยอดผู้ใช้บริการหรือการดึงผู้ใช้มาจากอีกโรงพยาบาลหนึ่งในบริบทของโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆจึงไม่น่าจะเกิดขึ้น นอกจากนั้นการดำเนินการของโรงพยาบาลสังกัดภาครัฐทั้งหมดมุ่งเน้นการบริการและคุณภาพของการบริการมากกว่ากำไร (วิพุธ, 2553) ลักษณะการตลาดจึงเกี่ยวข้องกับเรื่องของชื่อเสียงโรงพยาบาลที่มาจากคุณภาพการรักษาพยาบาลและการเป็นองค์กรที่น่าเชื่อถือจากการให้บริการรักษาพยาบาลตามเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพที่กำหนดมากกว่าการมุ่งเน้นกำไรที่ได้มาค่ารักษาจากยอดผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นจากการดึงผู้ใช้บริการมาจากโรงพยาบาลอื่น

การอภิปรายผลความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล

ค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์โดยรวมของกลุ่มหัวหน้าพยาบาลมากกว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.45, p < .05$) (ตาราง 11) อภิปรายได้ว่า เมื่อยุทธศาสตร์โรงพยาบาลประกาศออกมา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะมอบหมายให้รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลซึ่งหัวหน้าพยาบาลโดยตำแหน่งเป็นรองผู้อำนวยการกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล แปลงแผนยุทธศาสตร์นี้สู่แผนปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางและวิธีการที่จะรักษาระดับคุณภาพและมาตรฐานการรักษาพยาบาลไว้หรือพัฒนาระดับคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นกว่าเดิม โดยหัวหน้าพยาบาลจะต้องร่วมกับทีมบริหารการพยาบาลทำแผนปฏิบัติการสำหรับแผนก/สาขาการพยาบาลและหอผู้ป่วยต่างๆซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุด นอกจากนั้นหัวหน้าพยาบาลโดยทั่วไปเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ในองค์กรติดต่อกันนานกว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งไม่นานประมาณ 2-3 ปี และหมุนเวียนไปรับตำแหน่งบริหารที่สูงขึ้นในโรงพยาบาลอื่น แต่หัวหน้าพยาบาลยังคงต้องมุ่งมั่นในการกำหนดกลยุทธ์เพื่อพัฒนาพยาบาลระดับปฏิบัติการซึ่งเป็นผู้ได้บังคับบัญชาต่อไป โดยเฉพาะ

ประเด็นของภาษาที่ใช้สื่อสารและความเข้าใจในวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ ทั้งนี้เป็นที่ทราบกันดีว่าโดยส่วนใหญ่ทักษะการใช้ภาษาอังกฤษของกลุ่มการพยาบาลในภาพรวมดีน้อยกว่าเมื่อเทียบกับทีมแพทย์ซึ่งผ่านการใช้ตำราภาษาอังกฤษมากกว่าพยาบาล (กิตติ, 2555) ประการสุดท้ายสภาการพยาบาลซึ่งเป็นองค์กรหลักที่ดูแลกำกับวิชาชีพการพยาบาลได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการเตรียมรับประชาคมอาเซียนอย่างชัดเจน ดังนั้นหัวหน้าพยาบาลของแต่ละโรงพยาบาลจะต้องจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อนำยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติอย่างจริงจัง (ทัศนและรุจา, 2555) ประกอบกับเรื่องการเตรียมรับประชาคมอาเซียนยังไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจนสำหรับโรงพยาบาลและไม่ได้เป็นตัวชี้วัดหลักเหมือนเรื่องของเครือข่ายบริการสุขภาพ (service plan) จึงอาจเป็นสาเหตุให้ความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมอาเซียนของผู้บริหารโรงพยาบาลน้อยกว่าความตั้งใจของหัวหน้าพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษารายชั้นตอนในการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน พบว่าทั้งกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล (ตาราง 12) มีค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจรายด้านไม่แตกต่างกัน อภิปรายได้ว่า เป้าหมายของโรงพยาบาลภาครัฐที่สำคัญคือ การมุ่งเน้นการบริการที่มีคุณภาพเพื่อให้ผู้ใช้บริการได้รับการบริการที่ปลอดภัยและเกิดความพึงพอใจ (อำพล และ ลือชัย, 2554) และได้มีการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อค้นหา/แก้ไขประเด็นที่ผู้ใช้บริการไม่พึงพอใจ ซึ่งผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ทุกระดับในฐานะผู้นำขององค์กร (McCallin, Bamford-Wade, & Frankon, 2009) จะต้องให้ความสำคัญในอันดับต้นรวมทั้งหาวิธีการเพิ่มความพึงพอใจที่สอดคล้องกับลักษณะงานแต่ละหอผู้ป่วยให้สูงขึ้นกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ผลการศึกษาค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้าน พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจของกลุ่มหัวหน้าพยาบาลด้านการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกองค์กรมากกว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.33, p < .05$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าทีอิสระสูงสุด 2 ข้อแรกได้แก่ นโยบายของโรงพยาบาลต่อการให้บริการใหม่ ($t = 3.2, p < .01$) และการวิเคราะห์สมรรถนะของบุคลากร ($t = 3.05, p < .01$) ตามลำดับ อภิปรายได้ว่า ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์โรงพยาบาลผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่วนใหญ่มอบหมายให้คณะกรรมการจัดทำแผนของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบซึ่งหัวหน้าพยาบาลเป็นหนึ่งในคณะกรรมการจัดทำแผนนั้น โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเป็นผู้ให้ความเห็นชอบในขั้นสุดท้ายมากกว่า (นงนุช, 2553) และในการทำแผนกลยุทธ์ที่เกี่ยวกับการบริการพยาบาลหัวหน้าพยาบาลต้องให้ความสนใจและมีความตั้งใจสูงในการจัดทำแผนที่จะพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลทั้งแผนกหรือทั้งกลุ่มการพยาบาลให้สอดคล้องกับทิศทางหรือนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อให้การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการพยาบาลมีส่วนในการขับเคลื่อนองค์กรให้เป็นไปตามแผนกลยุทธ์ที่กำหนด นอกจากนั้นปัจจุบันแต่ละโรงพยาบาลมีการระงับ

งบประมาณประจำปีมีจำกัดและจำนวนบุคลากรน้อยไม่สอดคล้องกับสัดส่วนประชากรในพื้นที่รับผิดชอบ ดังนั้นการวางแผนกลยุทธ์อย่างชัดเจนจะสามารถช่วยให้การจัดการทรัพยากรเรื่องคนและงบประมาณสามารถช่วยให้ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงานและสามารถตอบสนองการดูแลผู้ใช้บริการสุขภาพกลุ่มต่างๆ ได้ทันกับสถานการณ์ AEC ที่จะเกิดขึ้น (สุรินทร์, 2555)

ด้านการกำหนดกลยุทธ์ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจรายด้านการกำหนดกลยุทธ์ของกลุ่มหัวหน้าพยาบาลมากกว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.70, p < .05$) (ตาราง 11) เมื่อพิจารณารายชื่อ (ตาราง 14) พบว่า ข้อที่มีค่าที่อิสระสูง 3 ข้อแรกได้แก่ การให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ($t = 3.4, p < .01$) เพิ่มทักษะภาษาอังกฤษของบุคลากร ($t = 3.25, p < .01$) และการส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน ($t = 3.20, p < .01$) ตามลำดับอภิปรายได้ว่า วิชาชีพพยาบาลของไทยเน้นที่การดูแลผู้ใช้บริการแบบองค์รวมและสอดคล้องกับวัฒนธรรมความเชื่อของผู้รับบริการโดยยึดหลักความเท่าเทียม ความเสมอภาค และเมื่อระบบสุขภาพไทยกำลังปรับเข้าสู่ระบบอาเซียนซึ่งนั่นหมายถึงการมีทั้งผู้ร่วมงานและผู้ใช้บริการจากประเทศสมาชิกอาเซียนเพิ่มขึ้น ดังนั้นนอกจากทำที่ท่าทางในการให้บริการที่เหมาะสมที่สะท้อนถึงความเอื้ออาทรของพยาบาลที่ดูแล การสื่อสารด้วยการใช้ภาษาที่มีประสิทธิภาพจะเสริมให้น่าเชื่อถือ (วิจิตร, สุจิตรา และ กฤษดา, 2555; Bate, 2002; Young, 2008) และความมั่นใจในการบริการที่ได้รับเป็นส่วนที่ต้องพัฒนาควบคู่กันไป นอกจากนี้ปัจจุบันวิชาชีพพยาบาลอยู่ในช่วงการส่งเสริมให้นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการให้บริการผู้ใช้บริการอย่างจริงจัง (พองคำ, 2549; รุ่งนภา, 2556) ทั้งในเรื่องของการพัฒนาแนวปฏิบัติในทุกกลุ่มโรคซึ่งจะเป็นวิธีการพัฒนามาตรฐานวิชาชีพเข้าสู่สากลได้มากขึ้นและการมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลให้พ้นผิดกรณีมีปัญหาเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการได้ การทำวิจัยในคลินิก การสร้างนวัตกรรมในการบริการหรือการพัฒนางานบริการสู่ความเป็นเลิศตามเกณฑ์รางวัลคุณภาพแห่งชาติร่วมกับมาตรฐานโรงพยาบาลฉบับเฉลิมพระเกียรติ ดังนั้นค่าคะแนนเฉลี่ยในข้อของการให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการจึงสูงกว่าความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างชัดเจน

นอกจากนั้น ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการคาดการณ์ผลกระทบโดยรวมของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพของกลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้าพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์ ($r = .50, p < .01$ และ $r = .49, p < .01$) (ตาราง 15 และ ตาราง 16) เป็นการยืนยันแนวความคิดทฤษฎีของแอนสพอก, ดิกแนน และแอนสพอก ที่กว่าวว่ามนุษย์มีเหตุผลในการที่จะกระทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ชัดเจน ซึ่งผลการศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างหนึ่งที่สำคัญว่าเมื่อผู้บริหารทางการพยาบาลทั้งสองกลุ่มรับรู้ ว่า AEC เป็นปัจจัยภายนอกที่เป็นได้ทั้งโอกาสสนับสนุนและสิ่งคุกคามต่อภาระกิจการจัดบริการด้านสุขภาพ การรับรู้ผลกระทบเหล่านี้เป็นแรงกระตุ้นให้ผู้บริหารให้ความสนใจและมีความตั้งใจในการ

จัดเตรียมแผนเพื่อรองรับการนำองค์กรเตรียมพร้อมสู่AEC ที่จะเกิดขึ้นต่อไป อภิปรายได้ว่า เมื่อผู้บริหารระดับสูงขององค์กรให้ความสนใจในการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เกิดขึ้นโดยการคาดการณ์ประเด็นต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพได้อย่างเป็นระบบจะเริ่มดำเนินการขึ้นต่อไปตามหลักการบริหารงานคือมีความตั้งใจที่จะวางแผนเพื่อบริหารการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นที่สะท้อนถึงลักษณะการบริหารของผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ (เพ็ญจันทร์, 2555; Brown & Anpara, 2003) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหลักของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ร้อยละ 63.9) และหัวหน้าพยาบาล (ร้อยละ 71.5) ได้จัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนไว้เรียบร้อยแล้ว ซึ่งการจัดทำแผนกลยุทธ์โรงพยาบาลและกลุ่มการพยาบาลอาจมีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ได้เมื่อสภาพแวดล้อมมีการเปลี่ยนแปลงต่างไปจากเดิม

นอกจากนั้นอภิปรายได้ว่าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้อย่างแน่นอนและเป็นโอกาสเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์ทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างประเทศสมาชิกมากขึ้นตามข้อตกลงที่ระบุไว้ (กระทรวงพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ, 2555) เช่น การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะการบริการตามเกณฑ์สากลและการมาทำงานในประเทศสมาชิกประชาคมอาเซียน (สุรินทร์, 2555) เป็นต้น ดังนั้นผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลจึงต้องให้ความสนใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างสมเหตุสมผล (Westley & Mintzberg, 1989) และสอดคล้องกับบริบทใหม่ที่กำลังจะเกิดขึ้น

บทที่ 5

การสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (AEC) ต่อการบริการสุขภาพของผู้อำนวยการโรงพยาบาล 2) ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการโรงพยาบาล 3) ระดับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพของหัวหน้าพยาบาล และ 4) ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิก กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล จำนวน 67 คน และ หัวหน้าพยาบาล จำนวน 83 คน ที่มีประสบการณ์การในตำแหน่งนี้อย่างน้อย 1 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตรศึกษาชั้นคลินิกได้รับการสุ่มแบบเจาะจง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติงานโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่คืนที่ เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/หัวหน้าพยาบาล 2) แบบสอบถามผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ ตามความคาดหวังของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล/ของหัวหน้าพยาบาล และ 3) แบบสอบถามความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เครื่องมือส่วนที่ 2 และ 3 ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านและแก้ไขก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์ครอนบักแอลฟา โดยส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 มีค่าเท่ากับ .79 และ .82 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการพยาบาล วิเคราะห์โดยค่าร้อยละของการคาดการณ์ทางบวก ทางลบ ไม่เกิดผลกระทบ และระดับผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการพยาบาลวิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน วิเคราะห์ด้วย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า การคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ต่อการบริการสุขภาพโดยรวม และรายด้านทั้ง 5 ด้านได้แก่ ด้านกระบวนการรักษาพยาบาล ด้านลักษณะการให้บริการ ด้านคุณภาพการบริการ ด้านการบริหารจัดการองค์กรและด้านการตลาดของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลมีการคาดการณ์ว่า AEC อาจจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางบวกและทางลบในแต่ละประเด็น แต่ส่วนใหญ่เป็นการคาดการณ์ว่า AEC จะส่งผลกระทบทางบวกมากกว่าทางลบซึ่งหมายถึง AEC จะเป็นโอกาสที่ดีต่อการบริการสุขภาพ ส่วนประเด็นที่ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลคาดการณ์ว่า AEC น่าจะส่งผล

กระทบทางลบหรือนำไปสู่ความเสี่ยงหรือเป็นอุปสรรคต่อการบริการสุขภาพมากที่สุดในแต่ละด้านมี ดังนี้ ด้านกระบวนการรักษาพยาบาล ได้แก่ ความรวดเร็วของกระบวนการรักษา (ร้อยละ 19.4) การใช้ภาษา การพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง การปรับระบบการใช้จ่าย (ร้อยละ 6.0) (ตาราง 1) ด้านลักษณะการให้บริการรักษาพยาบาล ได้แก่ ประเด็นของการบริการสุขภาพของชาวไทย (ร้อยละ 13.4) และการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 11.9) (ตาราง 2) ด้านคุณภาพการบริการ ได้แก่ ประเด็นการคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.3) และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร (ร้อยละ 34.3) (ตาราง 3) ด้านการบริหารจัดการองค์กร ได้แก่ การเก็บรักษานุคลากรที่เก่ง (ร้อยละ 13.4) การส่งเสริมการปรับตัวของบุคลากรต่อลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการ (ร้อยละ 9.0) และการปรับกระบวนการนำ (ร้อยละ 7.5) (ตาราง 4) และด้านการตลาด ได้แก่ การปรับปรุงการบริการให้เหนือความคาดหมาย (ร้อยละ 11.9)

กลุ่มตัวอย่างหัวหน้าพยาบาลบางส่วนคาดการณ์ว่า AEC จะส่งกระทบทางลบต่อการบริการสุขภาพแต่ละด้านดังนี้ ด้านกระบวนการรักษาพยาบาล ได้แก่ ความรวดเร็วของกระบวนการรักษา (ร้อยละ 15.7) (ตาราง 6) ด้านลักษณะการให้บริการ ได้แก่ การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ (ร้อยละ 9.6) และการประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ (ร้อยละ 6.0) (ตาราง 7) ด้านคุณภาพการพยาบาล ได้แก่ การคงอยู่ของบุคลากรในหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาล (ร้อยละ 38.6) ความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาล (ร้อยละ 27.7) และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร (ร้อยละ 22.9) ตามลำดับ (ตาราง 8) ด้านการบริหารจัดการองค์กร ได้แก่ การเก็บรักษานุคลากรที่เก่ง (ร้อยละ 13.3) (ตาราง 9) และด้านการตลาด ได้แก่ การปรับปรุงการบริการให้เหนือความคาดหมาย (ร้อยละ 4.8) (ตาราง 10)

แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มบางส่วนคาดการณ์ตรงกันว่า AEC จะไม่ส่งผลกระทบใดๆต่อการบริการสุขภาพโดยเฉพาะประเด็นของ 1) ความรวดเร็วในการรักษา 2) การเตรียมพร้อมรับสถานการณ์ฉุกเฉิน และ 3) คุณภาพการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นประเด็นที่สำคัญของระบบการบริการสุขภาพ

สำหรับความตั้งใจของผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับ AEC มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายชั้นตอน ได้แก่ ชั้นการกำหนดเป้าหมาย ชั้นการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก และชั้นการปรับหรือกำหนดกลยุทธ์ อยู่ในระดับมากและเมื่อวิเคราะห์เพิ่มเติมพบว่าหัวหน้าพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยความตั้งใจโดยรวมและรายด้านสูงกว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการคาดการณ์ผลกระทบโดยรวมและรายด้านของผู้อำนวยการโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับ AEC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) เช่นเดียวกับของหัวหน้าพยาบาล ($p < .01$)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริการรักษาพยาบาล

1. เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าการคาดการณ์ผลกระทบของ AEC ในประเด็นของความรวดเร็วของกระบวนการรักษาที่มีความหลากหลายทั้งผลกระทบทางบวกและหรือทางลบและหรือไม่กระทบในสัดส่วนที่ใกล้เคียงดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลอาจจะต้องดำเนินการตรวจสอบระบบต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพเพื่อเอื้อให้การประสานงานการรักษาของหน่วยงานต่างๆภายในโรงพยาบาลหรือภายนอกโรงพยาบาล เช่น การส่งต่อผู้ป่วยมีความคล่องตัวมากที่สุดและใช้เวลาให้น้อยที่สุด

2. ผลการศึกษา พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ว่า AEC ส่งผลกระทบทางบวกต่อการบริการสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ซึ่งสะท้อนว่า AEC เป็นโอกาสที่เอื้อให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลจำเป็นที่จะต้องรักษามาตรฐานการบริการสุขภาพในปัจจุบันหรือมีปัจจัยต่างๆที่ส่งเสริมให้การบริการสุขภาพพัฒนาได้มากยิ่งขึ้น

3. ผลการศึกษาพบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ว่า AEC อาจส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบของบุคลากรในหน่วยงานภายในโรงพยาบาลและการเก็บรักษาคณเฑาะว์ในหน่วยงานดังนั้นการให้ความสำคัญในการดูแลบุคลากรทุกแผนกให้มีความมุ่งมั่นและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติต่อไปในองค์กรเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนอย่างหนึ่ง

ด้านการวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคาดว่า AEC ส่งผลทางลบต่อการได้รับบริการสุขภาพของชาวไทย และหัวหน้าพยาบาลคาดการณ์ในประเด็นที่ใกล้เคียงกันคือการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ดังนั้น ควรมีการทำวิจัยในเชิงระบบถึงการเตรียมการรองรับ AEC ขององค์กรด้านสุขภาพ

2. ผลการศึกษา พบว่า หัวหน้าพยาบาลคาดการณ์ AEC ส่งผลทางลบในประเด็นของคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร ดังนั้น ควรมีการทำวิจัยต่อในประเด็นของปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาลในยุค AEC

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษา พบว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลส่วนใหญ่คาดการณ์ว่า AEC ส่งผลกระทบทางบวกซึ่งหมายถึง AEC เป็นโอกาสที่เอื้อต่อการบริการสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ดังนั้นผู้บริหารโรงพยาบาลควรมีการพัฒนาแบบบริการที่เป็นเลิศสู่มาตรฐานระดับนานาชาติ ร่วมกับการใช้ AEC เป็นตัวขับเคลื่อนให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลพัฒนาสมรรถนะทางด้านภาษาอย่างจริงจัง

เอกสารอ้างอิง

- กนกวรรณ สีนลัทธิพิพย์. (2552). การพัฒนารูปแบบการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้รับบริการ
โรงพยาบาล โปธาราม จังหวัดราชบุรี พ. ศ. 2552 ค้นเมื่อ 27 เมษายน 2557, จาก
www.photharam.com/ptrhos/attachments/article/30/pdfd14.pdf
- กรมการค้า. (2555). มาตรฐานร่วมสำหรับวิชาชีพที่ทำงานได้ในประเทศ AEC (MRA).
ค้นเมื่อ 10 มิถุนายน 2555, จาก <http://www.thai-aec.com/68#more-68>
- กรมอาเซียน กระทรวงการต่างประเทศ. (2555). ประเทศไทยกับงานด้านสาธารณสุขในกรอบอาเซียน.
ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2556, จาก <http://www.mfa.go.th/asean/th/asean-media-center>
- กฤษดา แสงดี. (2554). ปัญหาสมองไหลของบุคลากรสุขภาพจากภาครัฐไปสู่ภาคเอกชน.
ค้นเมื่อ 25 พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/featured/21948>
- กฤษดา แสงดี. (2555a). การค้าอาเซียน จะเรียนรู้และรับมืออย่างไร ในการประชุมวิชาการเรื่องงาน
บริการทางการแพทย์ไทยในเวทีอาเซียน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันรับรองคุณภาพ
สถานพยาบาล (องค์การมหาชน). ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2555,
จาก <http://www.rsunews.net/index.php/news/detail/1109>
- กิตติ ประเสริฐสุข. (2555). ASEAN Insight: ทักษะภาษาอังกฤษกับอาเซียน บทความ
จากคอลัมน์. กรุงเทพธุรกิจ. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2555,
จาก <http://aseanwatch.org/wp-content/uploads/2012/07/ASEAN-Insight-no.11.pdf>
- กระทรวงการต่างประเทศ. (2554 ข). ข้อตกลงยอมรับร่วมสาขาวิชาชีพการพยาบาลของอาเซียน
(ASEAN mutual recognition arrangement on nursing service) กรมเจรจาการค้าระหว่าง
ประเทศ. ค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2556, จาก <http://www.mfa.go.th/asean/th/asean-media-center>
- กระทรวงสาธารณสุข (2554). การเตรียมความพร้อมของธุรกิจสุขภาพเพื่อก้าวสู่ประชาคมเศรษฐกิจ
อาเซียน. ค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2556, จาก <http://www.moph.go.th/ops.thp/images/stories/report>
- กระทรวงพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. (2551). ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (ประชาคม
เศรษฐกิจอาเซียน). ค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2556, จาก
<http://www.thaifita.com/thaifita/Home/tabid/36/ItemId/4374/ctl/Details/Mid/582/Default.aspx>
- กระทรวงพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. (2553). ข้อตกลงยอมรับร่วม (MRA) ในคุณสมบัติ
นักวิชาชีพของอาเซียน. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2556, จาก [http://www.thaifita.com/thaifita/](http://www.thaifita.com/thaifita/Home/tabid/36/ctl/Details/mid/582/ItemID/4613/Default.aspx)
[Home/tabid/ 36/ctl/Details/mid/582/ItemID/4613/Default.aspx](http://www.thaifita.com/thaifita/Home/tabid/36/ctl/Details/mid/582/ItemID/4613/Default.aspx)

กระทรวงพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. (2554). *ASEAN Economic Community*

Facebook ฉบับภาษาไทย. ค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2557, จาก

<http://www.thaifta.com/thaifta/Home/tabid/36/ctl/Details/mid/436/ItemID/7003/Default.aspx>

กระทรวงพาณิชย์ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศ. (2555). *สรุปรายงานผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ*

เพื่อระดมความคิดเห็นในประเด็นการเตรียมความพร้อมระดับขีดความสามารถของธุรกิจไทยและการขอรับการสนับสนุนจากภาครัฐ. ค้นเมื่อ 3 มีนาคม 2557,

จาก www.dtn.go.th/filesupload/aec/document/sumreport110655.pdf

กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาศูนย์กลางสุขภาพแห่ง*

เอเชีย (พ.ศ. 2547-2551). ค้นเมื่อ 27 ธันวาคม 2556,

จาก <http://www.moph.go.th/ops/spa/center%20health%20ASIA.ppt>

กัมมมาล กุมาร ปาวา. (2556). *หลักสูตรแพทยนานาชาติ' เสริมศักยภาพทางการแพทย์ไทยสู่สากล*.

ค้นเมื่อ 27 มีนาคม 2557 จาก <http://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=200>

ขนิษฐา เมฆกมล (2555). *สรุปผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากคณาจารย์ภาควิชาการพยาบาลมารดาทารก*

และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ในการประชุมวิชาการ เรื่อง

“พยาบาลกับการเตรียมความพร้อมรับวัฒนธรรมที่แตกต่างของอาเซียนบวก.” กรุงเทพฯ:

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. ค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2556,

จาก <http://www1.0.129.173/km/?p=1166>

ครรชิต พุทธ โภชา. (2554). *กรอบประเด็นการวิจัยของประเทศไทยให้พร้อมรับสถานการณ์การ*

รวมกลุ่มประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. ค้นเมื่อ 15 กุมภาพันธ์ 2557,

จาก <http://soctech.sut.ac.th/wr/web/news/e93UZCGTtxtQc.pdf>

จุฑา เทียนไทย. (2555). *ผลกระทบของประชาคมอาเซียนต่อธุรกิจไทย และกลยุทธ์ในการตั้งรับ*.

ค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2556, จาก <http://www.thai-ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.com/293#more-293>

จิตศักดิ์ พูนศรีสวัสดิ์. (2555). *บทสรุปเชิงนโยบาย การพัฒนาประเทศไทยเป็นศูนย์กลางการให้บริการ*

ด้านสุขภาพนานาชาติ (เมดิคัลฮับ) และแนวทางเพื่อการดำเนินการที่เหมาะสม.

ค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2555, จาก <http://www.vcharkam.com/vblog/115349/22>

จดหมายข่าวรายเดือนเมษายน. (2555). *การบริหารงานบุคคล เมื่อเข้าสู่ AEC: การปรับตัวกลยุทธ์เมื่อ*

เป็น AEC. ค้นเมื่อ 29 พฤษภาคม 2555, จาก <http://www.thai-aec.com/161#ixzz1xeH9Rvqx>

ชุติมา อรรถสิทธิ์พันธุ์. (2555). *Impact of ASEAN economic community on the Thai health system*.

เอกสารประกอบการอบรม วันที่ 2-3 กุมภาพันธ์ 2555 สงขลา: โรงแรมไดมอนด์พลาซ่า.

- ชาญวิทย์ ไกรฤกษ์. (2555). *ประชาคมอาเซียนและบทบาทสำนักงานกพ. ในการเตรียมความพร้อมข้าราชการ* ค้นเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2556,
จาก <http://www.angthong.go.th/2554/images/asean/as3-5.pdf>
- ไชยา ยิ้มวิไล. (2555). *ASEAN ECONOMIC COMMUNITY: ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน*.
ค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2555 จาก <http://www.thai-ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.com/465>
- ฐนิตพงษ์ ชื่นภิบาล. (2550). *Forecasting*. ผู้จัดการรายวัน ฉบับวันที่ 27 ธันวาคม 2550 ค้นเมื่อ 26
ตุลาคม 2556, จาก <http://www.ayfund.com/ArticleDetail.aspx?id=106&lang=T>
- ณรงค์ สหเมธาพัฒน์ (2556). ไทยรุกปราบวัณโรค “ตายน้อยกว่า 5 ชาติอาเซียน 0”. *สรรพสารวงการแพทย์*, 15 (392), 12-15.
- ดวงใจ บุญศิริคำชัย. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยและผู้รับบริการชาวญี่ปุ่นและเกาหลี ใน โครงการพัฒนา
ความรู้และทักษะด้านการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมในกลุ่มประเทศอาเซียน*. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- คนุตดา จามจรี. (2552). พ.ร.บ. ระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ. 2551 กับการเปลี่ยนแปลงในระบบ
ราชการไทย *วารสารกองการพยาบาล*, 36(1), 45-48.
- ทัศนา บุญทอง และรุจา ภูโพนบูลย์. (2555). เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง *การเข้าสู่ประชาคมอา
เซียนในปี พ.ศ. 2558: ผลกระทบต่อระบบสุขภาพที่พยาบาลควรรู้* ในการ ประชุมวิชาการ เรื่อง
ขบวนการเปลี่ยนแปลงของพยาบาลไทยจากการเปิดประเทศสู่สังคมอาเซียน. ขอนแก่น: คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ทัศนา บุญทอง และ อรสา โฉมวิหะ. (2552). *รายงาน โครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข
ด้านการเปิดเสรีการค้าบริการด้านสุขภาพ*. ค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2556,
จาก <http://whothailand.healthrepository.org/bitstream/123456789/737/1/080016.pdf>
- ธนาการเพื่อการส่งออกและนำเข้าแห่งประเทศไทย ฝ่ายวิจัยธุรกิจ. (2555). *เปิดเสรีธุรกิจ
การรักษาพยาบาล: โอกาสและความท้าทายภายใต้ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน*.
ค้นเมื่อ 6 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://www.exim.go.th/doc/newsCenter/38736.pdf>
- ธเรศ ทรายนัยวิวงศ์. (2553). *สมดุลระบบสุขภาพไทย: ความท้าทายนักบริหารมืออาชีพ* ค้นเมื่อ 15
มกราคม 2557, จาก www.bamras.org/userfiles/Balance1234.pdf
- ธิดารัตน์ โชคสุชาติ (2553). *ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน: ความสำคัญและการเตรียมความพร้อมของ
ไทย*. *วารสารมหาวิทยาลัยเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*, 14,99-113.
- นงนุช บุญยัง. (2553). *การวางแผนกลยุทธ์ทางการพยาบาล*. สงขลา: P.C. Prospec co.

นงนุช บุญยัง และศศิธร พุ่มดวง. (2554). กลยุทธ์การบริหารอัตรากำลังในปัจจุบันของผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปในภาคใต้ *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29
(3):97-108.

นันทนัช ยงศิลป์วิริยะกุล. (2557). ศาสนากับการดูแลผู้ป่วยใกล้ตาย ในการประชุมสรุปสาระสำคัญจา
การเสวนา ครั้งที่ 3 ของคณะกรรมการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร:
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เครือข่ายชาวพุทธเพื่อพระพุทธศาสนาและสังคมไทย (คพส.). ค้นเมื่อ
14 มิถุนายน 2557, จาก [http://www.budnet.org/peacefuldeath/ sites/default/files/s/s3.doc](http://www.budnet.org/peacefuldeath/sites/default/files/s/s3.doc)
บริษัทไอบีเอ็ม ประเทศไทย. (2012). เจ็ดอาการของปัญหาการคาดการณ์ โดย Steve Player และ Steve
Morlidge กรุงเทพมหานคร: มปท.

ประคิษฐ์ สีนวณรงค์. (2556). ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับคุณภาพชีวิตคนไทยในด้านสาธารณสุข
ในการสัมมนาเรื่อง Sustainable Marketing towards ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน เจาะลึก
อุตสาหกรรม Health and Beauty. สืบค้นวันที่ 13 มิถุนายน 2556,
จาก [http://www.hed.go.th/frontend/theme/content.php?Submit=Clear&ID_](http://www.hed.go.th/frontend/theme/content.php?Submit=Clear&ID_Info=00022644&Type=3&PHPSESSID=e9dd28032fd87e242202cc05bfb15613)
[Info=00022644&Type=3&PHPSESSID=e9dd28032fd87e242202 cc05bfb15613](http://www.hed.go.th/frontend/theme/content.php?Submit=Clear&ID_Info=00022644&Type=3&PHPSESSID=e9dd28032fd87e242202cc05bfb15613)

ประเวศ วะสี (2550). *การเข้าถึงความจริง ความดีความงาม ใน: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ*
โรงพยาบาล หนังสือแบ่งปันและเติมเต็ม: Humanized Health Care คืบหัวใจให้ระบบสุขภาพ.
กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สหไพศาล หน้า 140-142.

ปัญญานต์ วิเศษสมวงศ์ (2556). *ปัจจัยที่สนับสนุนความพร้อมในการเป็น medical hub ของไทย ศูนย์*
ข้อมูลข่าวสารอาเซียน 2556. ค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2556,
จาก website <http://asean thai.net>

พัชรราวลัย วงศ์บุญสิน. (2555). สถานการณ์การโยกย้ายบุคลากรที่มีทักษะสูงในปัจจุบันและแนวโน้ม
ในอนาคตภายใต้สถานการณ์ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. เอกสารประกอบการอบรม วันที่ 2-3
กุมภาพันธ์ 2555 สงขลา: โรงแรมไดมอนด์พลาซ่า.

ไพจิตร วราชิต. (2555). การเตรียมการของกระทรวงสาธารณสุขกับการเปิดเสรีอาเซียน ในการ สัมมนา
วิชาการเรื่อง การเปิดเสรีอาเซียน : การเตรียมกำลังคนด้านสุขภาพของประเทศไทย. ปทุมธานี:
มหาวิทยาลัยรังสิต.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน. (2555). ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน กับพยาบาล.

ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2555, จาก

www1.si.mahidol.ac.th/nursing/ns/.../765_nurse_ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน_penchan.ppt

- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: หลักการและวิธีปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริวัน.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ, สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, และกฤษฎา แสงวงศ์. (2555). การเตรียมความพร้อมของวิชาชีพการพยาบาลเพื่อเข้าสู่อาเซียน *วารสารสภาการพยาบาล*, 27 (3), 5-10.
- รุ่งนภา เขียวช่อม. (2556). การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์: Evidence-based nursing. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 24(2),94-108.
- รัชตะ รัชตะนาวิน. (2556). มหาวิทยาลัยมหิดลกับการเตรียมพร้อมสู่ประชาคมอาเซียน บ้านเมือง ฉบับวันที่ 5 มีนาคม 2556 คณะกรรมการปฏิรูป (2554). ข้อเสนอการปฏิรูปโครงสร้างอำนาจ กรุงเทพมหานคร: บริษัททีทีวีพี.
- วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. (2554). ประมวลหลักปฏิบัติองค์การอนามัยโลกว่าด้วยการสรรหาบุคลากรด้านสุขภาพเข้าทำงานระหว่างประเทศ กรุงเทพมหานคร: เฟมัสแอนด์ซันเซ็สพล.
- วิชาน เจริญผล, เอกสิทธิ์ กาญจนากัญญา และ เมธินี จงสฤษดิ์หวัง (2555). ธุรกิจไทยจะก้าวอย่างไรในยุค AEC Economic Intelligence Center: Insight, 2,2011. ค้นเมื่อ 18 มีนาคม 2557, จาก www.scbeic.com/stocks/extra/1954_20110211132802.pdf
- วิพุธ อ่องสกุล. (2553). รางวัลคุณภาพให้บริการประชาชน ประจำปี พ.ศ.2553 (Best Practice). กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทมีเดีย มาร์เก็ตติ้งจำกัด
- วิเชียร วิทยอุดม. (2551). พฤติกรรมองค์การ (Organization behavior). Di6'gmrฯ วิทยอุดมสาสน์.
- วีระศักดิ์ โควสุรัตน์. (2554). การเตรียมตัวเพื่อรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนในปี 2015. ค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2555, จาก <http://www.thai-ae.com/244#ixzz1xeGiLZbB>
- ศุภรา เจริญภูมิ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจซื้อในอนาคตของร้านค้าปลีกดั้งเดิมในเขตธนบุรีกรุงเทพมหานคร. *วารสารบริหารธุรกิจ*, 34, 36-42.
- ศูนย์ข่าวการศึกษาไทย. (2555). *ชะตาแพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล ในเงื้อมมือ AEC* ค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2556, จากเว็บไซต์ http://www.enn.co.th/news_detail.php?nid=3335
- ศูนย์ข้อมูลความรู้ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. (2555). *ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน Blueprint*. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2556, จาก <http://www.thai-ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน.com/ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน-blueprint>
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2552, 23 พฤศจิกายน). การเปิดเสรี “สุขภาพ” ของอาเซียนปี 2558: โอกาสของธุรกิจรักษาพยาบาลไทย. *มองเศรษฐกิจฉบับที่ 2691*. ค้นเมื่อ 9 กุมภาพันธ์ 2557, จาก <http://www.kasikornresearch.com/TH/K-EconAnalysis/Pages/ViewSummary.aspx?docid=24358>

- ศศิธร เขมาภิรรัตน์. (2548). การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม กับการแพทย์แผนไทย วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. ค้นเมื่อ 8 มิถุนายน 2556, จาก http://www.mcu.ac.th/thesis_file/254927.pdf
- ศิริอร สินธุ และ พัชรภรณ์ อุ่นเด๊ะ. (ม.ป.ป.). การพยาบาลเพื่อนมนุษยชาติ: พยาบาลไทยพร้อมแล้วหรือยัง?. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2555, จาก <http://www.rtanc.ac.th/home/images/nurseforall.pdf>
- สภาการพยาบาล. (2557). พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์พ.ศ.2528และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 พร้อมด้วยกฎกระทรวง ระเบียบและประกาศกระทรวงสาธารณสุขและ ข้อบังคับ ระเบียบและประกาศสภาการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: จุฑาทอง.
- สิวลี ศิริวิไล. (2555). จริยศาสตร์สำหรับพยาบาล. (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2555). การเตรียมความพร้อมสำหรับการบริการพยาบาลที่เป็นเลิศภายใต้ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2555, จาก http://web.trcn.ac.th/attachments/article/277/01nurse_and_ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
- สุทธภา อมรภวัฒน์, วิชาน เจริญผล, ปราณีตา ศยามานนท์, ทับขวัญ หอมจำปา, ชีรินทร์ รัตนภิญโญวงศ์, ชินวุฒิเดชาอนุวัตร์ และ คณະ. (2012). Insight: เจาะลึกโอกาสธุรกิจบริการใน AEC. กรุงเทพมหานคร: Economic Intelligent Center ค้นเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2557, จาก www.scbeic.com/stocks/extra/3053_20120614142931.pdf
- สำนักงานพยาบาล. (2555). ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาลเพื่อก้าวเข้าสู่ประชาคมอาเซียน กลุ่มภารกิจนโยบายและยุทธศาสตร์การพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานพยาบาล. (2550). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล. (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2). นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงาน ก.พ. กลุ่มช่วยอำนวยความสะดวก. (2555). ก้าวสู่ประชาคม ASEAN 2015. (พิมพ์ครั้งที่ 3). ค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2556, จาก http://www.ocsc.go.th/ocsc/th/index.php?option=com_content&view=article&id=3226&Itemid=342
- สำนักงานคณะกรรมการนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม. (2556). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิเคราะห์และจัดทำภาพอนาคตของระบบสุขภาพ (Analysis and Scenario Planning Thai Health System). กรุงเทพมหานคร: มปท.

- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2554). การเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ปี 2558 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ค้นเมื่อ 14 พฤศจิกายน 2556, จาก www.nesdb.go.th
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). วิวัฒนาการของการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของไทย กรุงเทพมหานคร: ศรีเมืองการพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพ. (2552). ระบบหลักประกันสุขภาพในประเทศไทย ค้นเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2556, จาก <http://www.hisro.or.th/main/?name=knowledge&file=readknowledge&id=14>
- สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2555). ความท้าทายใหม่...ทางด้านสาธารณสุขอิเล็กทรอนิกส์ (e-health) ตอนจบ. ค้นเมื่อ 13 มีนาคม 2557, จาก www.etcha.or.th/etcha_website/mains/disp
- สำนักพัฒนาการประชาสัมพันธ์. (2555). นโยบายต้อนรับเศรษฐกิจประชาคมอาเซียน. ค้นเมื่อ 23 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://hq.prd.go.th/prTechnicalDM/ewtnews.php?nid=1992&filename=index>
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. (2551). มาตรฐานโรงพยาบาลและการบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองราชสมบัติครบรอบ 60 ปี. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- สภากรพยาบาล. (2552). แผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์แห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2550-2559. กรุงเทพมหานคร: ศรียอดการพิมพ์.
- สภาหอการค้าแห่งประเทศไทย. (มปท). ยุทธศาสตร์การพัฒนารัฐกิจบริการสุขภาพ. ค้นเมื่อ 24 มีนาคม 2556, จาก www.thaichamber.org/scripts/strategic.asp
- สุรินทร์ พิศสุวรรณ. (2555). กลยุทธ์การรับมือกับประชาคมอาเซียน. ค้นเมื่อ 23 มีนาคม 2556, จาก website <http://www.paliament.go.th>
- สุรีย์ ธรรมิกบวร. (2555). ถามตอบเกี่ยวกับอาเซียน ในการประชุมสามัญประจำปีและประชุมวิชาการ เรื่องการพยาบาลไทยก้าวไปกับประชาคมอาเซียน. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ค้นเมื่อ 20 กันยายน 2556, จาก <http://www.nurse.ubu.ac.th/sub/modules/asean/asean.pdf>
- โสภณ เมฆธน. (2555). การพัฒนา Service plan กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. เอกสารประกอบการบรรยาย วันที่ 26 ธันวาคม 2555 ค้นเมื่อ 29 กุมภาพันธ์ 2556, จาก www.mhso.moph.go.th/mhs/images/02-strategy/.../serviceplan26dec55.pdf
- อรุณรัตน์ คันธา, เดช เกตุฉ่ำ, กฤษดา แสงวงดี, และ ดวงทิพย์ ชีระวิทย์ (2556). การย้ายงานของ

- พยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 19-30.
- อัฐ ทองแดง. (2555). เกร็อร.พ.พญาไท-เปาโล' ตั้งรับ ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ดึงพยาบาลต่างชาติ-รับมือการแข่งขัน. ค้นเมื่อ 25 ธันวาคม 2555 จาก,
<http://thai.thailandmedicaltourismcluster.org/News/Newsdetail/tabid/1112/ArticleId/84/-ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน-84.aspx>
- อัทธ์ พิศาลวานิช. (2555). *ผลกระทบอื่นที่จะเกิดกับไทย*. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2555, จาก <http://www.thai-aec.com/236#more-236>
- อาศิรา โสภณวิชรวงศ์. (2552). อำนาจพยากรณ์ของความสามารถในการเผชิญฟันฝ่าอุปสรรค ลักษณะการอบรมเลี้ยงดูและแรงจูงใจภายในที่มีต่อความตั้งใจที่จะเป็นผู้ประกอบการของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ การค้นคว้าแบบอิสระ สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อำพล จินดาวัฒน์ และ ลือชัย ศรีเงินยวง. (มปท). *การสาธารณสุขไทย ๒๕๕๑-๒๕๕๓*. ใน *บรรณาธิการ สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์กรสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- Anspaugh, D.J., Dignan, M.B., & Anspaugh, S.L.(2000). *Developing Health Promotion Programs*. Boston: McGraw-Hill Company.
- Barksdale, S., & Lund, T. (2006). *10 Steps to success: strategic planning*. Baltimore, MD: Victor Graphics Inc.
- Bates, D.W. (2002). The quality case for informational technology in healthcare. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2:7 doi:10.1186/1472-6947-2-7.
- Brown, K. M. & Anfara, V. A. (2003). Paving the way for change: Visionary leadership in action at the middle level. *NASSP Bulletin*, 87 (635),15-33.
- Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competency in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13, 181, doi:10.1177/10459602013003003.
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., & Salantera, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: Integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66 , 1422-1434.
- Kimball, A.M., Moore, M., French, H.M., Arima, Y., Ungchusak, K., Wibulpolprasert, S., et al. (2008). Regional infectious disease surveillance networks and their potential to facilitate the implementation of the international health regulations. *Medical Clinical of North America*, 92, 1459-1471.

- Munro, H. R. (2001). *Statistical method for health care research* (4 th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Peterson, L., Hall, L.M., O'Brien-Pallas, L., & Cockerill, R. (2011). Job satisfaction and intentions to leave of new nurses. *Journal of Research in Nursing* 16, 536-548.
- McCallin, A., Bamford-Wade, A., & Frankon, C. (2009). Leadership succession planning: A key issue for the nursing profession, *Nurse Leader*, 12, 40-44.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C.(1984). *The transtheoretical approach: Towards a systematic eclectic framework*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Tourangeau, A.E., & Crane, L.A. (2006). Nurse intention to remain employed: Understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing* ,55,497-509.
- Westley, F. & Mintzberg, H. (1989). Visionary leadership and strategic management. *Strategic Management Journal*, 10, 17-32.
- Young, C. (2008). Establish a nursing strategic agenda: The whys and wherefores. *Nursing Administrative Quarterly*, 32, 200-205.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ชุดที่

แบบสอบถามการวิจัย เรื่องการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ
และความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของ
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการ
สุขภาพของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

ส่วนที่ 3 แบบวัดความตั้งใจในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
ของผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

แบบสอบถามส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมายถูก หรือเติมคำในช่องว่างของข้อคำถามทุกข้อ

ข้อ 1. ขณะนี้ท่านอายุ.....ปี

ข้อ 2. เพศ

() 1 หญิง

() 2 ชาย

ข้อ 3. ปัจจุบันท่านดำรงตำแหน่งใด

() 1 ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

() 2 หัวหน้าพยาบาล

ข้อ 4. ท่านดำรงตำแหน่งปัจจุบันเป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน

ข้อ 5. ท่านดำรงตำแหน่งปัจจุบันใน โรงพยาบาลนี้ เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน

ข้อ 6. ประสบการณ์การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของท่านเป็นอย่างไร กรุณาทำเครื่องหมายกากบาทในช่องที่ตรงกับประสบการณ์ของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ตำแหน่ง	ระดับ			
	โรงพยาบาล	จังหวัด/เขต	องค์กร/วิชาชีพ	อื่นๆ (ระบุ)
ประธาน				
เลขา				
คณะกรรมการ				

ข้อ 7. ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา ท่านเข้าร่วมประชุมเกี่ยวกับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนหรือไม่

() 1 ไม่ได้เข้า

() 2 เข้าร่วมประชุม โปรตระบุจำนวน.....ครั้ง

ข้อ 8. โรงพยาบาลของท่านตั้งอยู่ในภาคใดของประเทศไทย

() 1 ภาคเหนือ

() 2 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

() 3 ภาคตะวันออก

() 4 ภาคกลาง

() 5 ภาคใต้

ข้อ 9. ในรอบ 2 ปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลของท่านมีผู้ใช้บริการเป็นชาวต่างชาติหรือไม่

() 1 ไม่มี

() 2 มีจำนวน.....คนต่อปี

ข้อ 10. ท่านคาดการณ์ว่าอีก 3 ปีข้างหน้า การมีประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะกระทบต่อการบริหารงานของโรงพยาบาลท่านมากน้อยเพียงใด

() 1 ไม่กระทบเลย

() 2 กระทบบ้างเล็กน้อย

() 3 กระทบค่อนข้างมาก

() 4 กระทบมากที่สุด

ข้อ 11. ท่านคาดการณ์ว่าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนจะส่งผลกระทบต่อถึงการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลท่านด้านใดมากที่สุด

() 1 ด้านกระบวนการรักษาพยาบาล

() 2 ด้านการบริหารจัดการองค์กร

() 3 ด้านคุณภาพการบริการสุขภาพ (ผลผลิตของการให้บริการ)

() 4 ด้านการตลาด

() 5 ด้านการบริการ

- ข้อ 12. ท่านคาดว่าประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมีผลกระทบต่อการจัดสรรงบประมาณที่โรงพยาบาลจะได้รับจากรัฐบาลหรือไม่
- () 1 ไม่กระทบ
- () 2 กระทบ.....ระบุนการคาดการณ์
- () 2.1 ได้รับการจัดสรรลดลง
- () 2.2 ได้รับการจัดสรรเพิ่มขึ้น
- () 3 ไม่สามารถคาดการณ์ผลกระทบได้
- ข้อ 13. โรงพยาบาลของท่านมีแผนเตรียมรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนหรือไม่
- () ไม่มี
- () มี ระบุน.....
- ข้อ 14. ท่านมีความตั้งใจที่จะปรับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลด้านกระบวนการบริการสุขภาพเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมากน้อยเพียงใด ...
- () 1 ไม่ปรับ
- () 2 ปรับระดับ
- () 2.1 มากที่สุด
- () 2.2 มาก
- () 2.3 น้อย
- ข้อ 15. ท่านมีความตั้งใจที่จะปรับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลด้านการบริหารจัดการองค์กรเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมากน้อยเพียงใด
- () 1 ไม่ปรับ
- () 2 ปรับระดับ
- () 2.1 มากที่สุด
- () 2.2 มาก
- () 2.3 น้อย

ข้อ 16. ท่านมีความตั้งใจที่จะปรับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลด้านคุณภาพการบริการเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมากน้อยเพียงใด

- () 1 ไม่ปรับ
- () 2 ปรับระดับ
 - () 2.1 มากที่สุด
 - () 2.2 มาก
 - () 2.3 น้อย

ข้อ 17. ท่านมีความตั้งใจที่จะปรับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลด้านการตลาดเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมากน้อยเพียงใด

- () 1 ไม่ปรับ
- () 2 ปรับระดับ
 - () 2.1 มากที่สุด
 - () 2.2 มาก
 - () 2.3 น้อย

ข้อ 18. ท่านมีความตั้งใจที่จะปรับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลด้านการบริการเพื่อให้พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนมากน้อยเพียงใด

- () 1 ไม่ปรับ
- () 2 ปรับระดับ
 - () 2.1 มากที่สุด
 - () 2.2 มาก
 - () 2.3 น้อย

ข้อ 19. นโยบายระดับใดมีผลต่อการปรับแผนยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลท่านมากที่สุด

- () 1 นโยบายกระทรวงสาธารณสุข/รัฐบาล
- () 2 นโยบายสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- () 3 นโยบายของโรงพยาบาล

ข้อ 20. โรงพยาบาลของท่านมีชาวต่างชาติมาใช้บริการบ้างหรือไม่

- () 1 ไม่มี
- () 2 มี

ข้อ 21. เหตุผลที่ชาวต่างชาติเลือกมาใช้บริการโรงพยาบาลของท่านคือเหตุผลใด

- () 1 กระบวนการบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน รวดเร็ว ทันสมัย
- () 2 สถานที่ตั้งของโรงพยาบาล
- () 3 การตลาดหรือการประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล
- () 4 การเป็นคู่สัญญาระหว่างองค์กรของท่าน
- () 5 การรักษาพยาบาลฟรี
- (6) อื่นๆ.....

ข้อ 22. ท่านได้ประสานความร่วมมือกับองค์กรอื่นเพื่อเตรียมรับกลุ่มผู้ใช้บริการจากประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนบ้างหรือไม่

- () 1 ไม่ได้ประสาน
- () 2 ประสานกับ
 - () 2.1 องค์กรภาครัฐ
 - () 2.2 องค์กรภาคเอกชน
 - () 2.3 องค์กรข้ามชาติ

ข้อ 23. ท่านคิดว่าการเปลี่ยนแปลงองค์กรเพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนเป็นเรื่องที่ท่านสามารถจัดการได้หรือไม่

- () 1 ไม่ได้
- () 2 ได้
 - () 2.1 จัดการได้ง่าย
 - () 2.2 จัดการได้ปานกลาง
 - () 2.3 จัดการได้ยาก

ข้อที่	คำถาม	แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงสืบเนื่องจาก AEC			ระดับการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะเกิดขึ้น				
		เพิ่ม	ลด	ไม่กระทบ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	เกณฑ์การให้บริการเกณฑ์คุณภาพการบริการสุขภาพ เป็นต้น								
53.	การเก็บรักษาบุคลากรที่เก่ง								
ด้านการตลาด									
54.	การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน								
55.	การรับฟังเสียงสะท้อนของผู้ใช้บริการ								
56.	การปรับปรุงการบริการให้เหนือความคาดหมาย								
57.	การขยายกลุ่มผู้ใช้บริการ								
58.	การสนับสนุนการให้บริการของผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ								
59.	การปรับให้มีชุดบริการ (package care) ใหม่ๆเพิ่มขึ้น								
60.	การแข่งขันระหว่างโรงพยาบาลในการดึงผู้รับบริการกลุ่มต่างๆให้มารับบริการที่โรงพยาบาล								

ด้วยความขอบคุณ

คณะผู้วิจัย

แบบสอบถามส่วนที่ 3: ความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
สำหรับ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

คำชี้แจง: ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจของท่านในการจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาล
เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนสำหรับผู้ให้บริการทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ โดยทำ
เครื่องหมายตรงกับความคิดเห็นของท่าน

โดยที่ 5 หมายถึง ท่านมีความตั้งใจมากที่สุด จะจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเพื่อรองรับ

AEC และ 0 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าจะจัดทำแผนกลยุทธ์ของโรงพยาบาลเพื่อรองรับ AEC

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
วัตถุประสงค์การกำหนดเป้าหมายการจัดทำแผนกลยุทธ์							
1.	เพิ่มจำนวนผู้ใช้บริการชาวต่างชาติ						
2.	ชาวต่างชาติ/ผู้ใช้บริการปฏิเสธการรักษาพยาบาลน้อยลง						
3.	ขยายบริการใหม่ที่สามารถแข่งขัน หรือ โดดเด่นจากโรงพยาบาลอื่น						
4.	เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ						
5.	ลดระยะเวลาของการรอรับบริการ /การบริการ						
6.	เพิ่มจำนวนการนัดพบแพทย์						
7.	เพิ่มความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ						
8.	ลดความไม่พึงพอใจของผู้ใช้บริการ						
9.	ลดอัตราการลาออกของบุคลากรทางการแพทย์						
10.	คงไว้ซึ่งอัตราส่วนต้นทุนการบริหารจัดการที่สอดคล้องกับสถานการณ์						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
11.	เพิ่มตัวชี้วัดด้านการเรียนรู้ขององค์กร เช่น การเรียนรู้ ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (multicultural diversity)						
การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก							
12.	วิเคราะห์สมรรถนะของบุคลากรแต่ละหน่วยงานเพิ่มขึ้น						
13.	วิเคราะห์ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย						
14.	วิเคราะห์โครงสร้างของหอผู้ป่วยที่เอื้อต่อการรักษาพยาบาล						
15.	วิเคราะห์ระบบความเสี่ยงในการรักษาพยาบาล						
16.	วิเคราะห์ความเพียงพอของอุปกรณ์การแพทย์						
17.	วิเคราะห์การประสานงานของระบบที่เกี่ยวข้อง						
18.	วิเคราะห์การประกันคุณภาพการรักษาพยาบาล						
19.	วิเคราะห์ลักษณะและประเภทการรักษาพยาบาลตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ใช้บริการ						
20.	วิเคราะห์นโยบายของโรงพยาบาลต่อการรักษาพยาบาลใหม่						
21.	วิเคราะห์ระบบการนำของโรงพยาบาลและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
22.	เลือกใช้กรอบ PMQA/TQA/JCI ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม						
23.	จัดผู้ให้คำปรึกษาเพื่อการวิเคราะห์กรอบกลุ่มประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านการตลาดสุขภาพ ด้านการต่างประเทศ หรือด้านกฎหมาย เป็นต้น						
24.	กำหนดกรอบเวลาและเพิ่มวุฒิในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม						
25.	กำหนดผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังและประเมินผลสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างชัดเจน						
26.	วิเคราะห์ถึงความพร้อมระบบส่งต่อผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ						
27.	เปิดช่องทางการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ใช้บริการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้มากขึ้น						
28.	วิเคราะห์ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล						
29.	วิเคราะห์ผลกระทบของการขยายการบริการของโรงพยาบาลใกล้เคียงต่อการจัดบริการในโรงพยาบาล						
30.	วิเคราะห์การทำ contract ระหว่างองค์กรเอกชน						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
31.	วิเคราะห์ความได้เปรียบขององค์กรเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลอื่น						
32.	วิเคราะห์ความสอดคล้องและครอบคลุมของการบริการของโรงพยาบาลกับความต้องการของผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ						
33.	วิเคราะห์ความจำเป็นของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการเพื่อให้บริการบริการที่รวดเร็วและทันสมัย						
34.	วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการสร้างนวัตกรรมเพื่อดึงดูดผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ						
35.	วิเคราะห์ระบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลทางสื่อต่างๆรวมทั้งทางอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ให้บริการต่างชาติมากขึ้น						
36.	วิเคราะห์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม						
37.	วิเคราะห์โอกาสสร้างวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้						
38.	วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำวิถีไทยเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งในการรักษาพยาบาล						
39.	วิเคราะห์ความเข้มแข็งของกระบวนการบริการด้านหน้า						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
40.	วิเคราะห์คุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากร						
41	วิเคราะห์การประสานงานกับบริษัทประกันชีวิตของผู้ใช้บริการ						
42	วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมบริการว่าเทียบเท่าระดับที่เป็นเลิศ						
43	วิเคราะห์ทักษะของบุคลากรภายในโรงพยาบาลในการนำเสนอผลงานเป็นภาษาอังกฤษ						
44	วิเคราะห์ทักษะการติดต่อสื่อสารผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัยของบุคลากรภายในโรงพยาบาล						
การกำหนดกลยุทธ์							
45.	ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทักษะการรักษาพยาบาลกับโรงพยาบาลที่มีคุณภาพสูงกว่าเช่นระดับประเทศ ระดับนานาชาติ หรือ ระดับ โลก เป็นต้น						
46.	ส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการรักษาพยาบาล						
47.	กลยุทธ์การขยายบริการให้เหมาะสมกับผู้ใช้บริการกลุ่มใหม่						
48.	จัดทำป้ายแนะนำขั้นตอนการรับบริการแนะนำสถานที่และป้ายบอกทางด้วยภาษาต่างๆ						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
49.	ให้ความสนใจในการจดลิขสิทธิ์การดูแล วิถีไทย						
50.	จัดการดูแลรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับ ความหลากหลายทางวัฒนธรรมของ ผู้ให้บริการ						
51.	จัดสถานที่ปฏิบัติการศึกษาเพื่อการเยียวยา ผู้ให้บริการและญาติได้ตรงตามหลักศาสนา						
52.	กลยุทธ์การส่งเสริมความพึงพอใจของ ผู้ให้บริการ						
53.	กลยุทธ์การส่งเสริมความพึงพอใจของผู้มี ส่วนได้ส่วนเสีย						
54.	กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาทักษะด้านภาษา ของบุคลากรทางการพยาบาล						
55.	กำหนดกลยุทธ์การบริหารงบประมาณ อย่างมีประสิทธิภาพ						
56.	กลยุทธ์การปรับปรุงการบริการให้เป็นเลิศ						
57.	การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่าง โรงพยาบาลกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและ เอกชนในประเทศ						
58.	การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่าง โรงพยาบาลกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและ เอกชนระหว่างประเทศ						

แบบสอบถามส่วนที่ 3: ความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน
สำหรับ หัวหน้าพยาบาล

คำชี้แจง: ขอความกรุณาให้ท่านตอบคำถามเกี่ยวกับความตั้งใจของท่านในการจัดทำแผนกลยุทธ์พยาบาล
เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนสำหรับผู้ให้บริการทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ โดยทำ
เครื่องหมายถูกต้องตรงกับความคิดเห็นของท่าน

โดยที่ 5 หมายถึง ท่านมีความตั้งใจมากที่สุด จะจัดทำแผนกลยุทธ์ของกลุ่มการพยาบาลเพื่อรองรับ AEC
และ 0 หมายถึง ท่านไม่แน่ใจว่าจะจัดทำแผนกลยุทธ์กลุ่มการพยาบาลเพื่อรองรับ AEC

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
วัตถุประสงค์การกำหนดเป้าหมายการจัดทำแผนกลยุทธ์							
1.	เพิ่มจำนวนผู้ให้บริการชาวต่างชาติ						
2.	ชาวต่างชาติ/ผู้ให้บริการปฏิเสธการรักษาพยาบาลน้อยลง						
3.	ขยายบริการใหม่ที่สามารถแข่งขัน หรือ โดดเด่นจากโรงพยาบาลอื่น						
4.	เตรียมพร้อมรับภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ						
5.	ลดระยะเวลาของการรอรับบริการ /การ บริการ						
6.	เพิ่มจำนวนการนัดพบแพทย์						
7.	เพิ่มความพึงพอใจของผู้ให้บริการ						
8.	ลดความไม่พึงพอใจของผู้ให้บริการ						
9.	ลดอัตราการลาออกของบุคลากรทาง การแพทย์						
10.	คงไว้ซึ่งอัตราส่วนต้นทุนการบริหาร จัดการที่สอดคล้องกับสถานการณ์						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
11.	เพิ่มตัวชี้วัดด้านการเรียนรู้ขององค์กร เช่น การเรียนรู้ ผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม (multicultural diversity)						
การวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก							
12.	วิเคราะห์สมรรถนะของบุคลากรแต่ละ หน่วยงานเพิ่มขึ้น						
13.	วิเคราะห์ความปลอดภัยของสิ่งแวดลอม รอบตัวผู้ป่วย						
14.	วิเคราะห์โครงสร้างของหอผู้ป่วยที่เอื้อ ต่อการรักษาพยาบาล						
15.	วิเคราะห์ระบบความเสี่ยงในการ รักษาพยาบาล						
16.	วิเคราะห์ความเพียงพอของอุปกรณ์ การแพทย์						
17.	วิเคราะห์การประสานงานของระบบที่ เกี่ยวข้อง						
18.	วิเคราะห์การประกันคุณภาพการ รักษาพยาบาล						
19.	วิเคราะห์ลักษณะและประเภทการ รักษาพยาบาลตอบสนองความต้องการ การดูแลของผู้ใช้บริการ						
20.	วิเคราะห์นโยบายของ โรงพยาบาลต่อการ รักษาพยาบาลใหม่						
21.	วิเคราะห์ระบบการนำของ โรงพยาบาล และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
22.	เลือกใช้กรอบ PMQA/TQA/JCI ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม						
23.	จัดผู้ให้คำปรึกษาเพื่อให้การวิเคราะห์ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น ด้านการตลาดสุขภาพ ด้านการต่างประเทศ หรือด้านกฎหมาย เป็นต้น						
24.	กำหนดกรอบเวลาและเพิ่มความถี่ในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อม						
25.	กำหนดผู้รับผิดชอบในการเฝ้าระวังและประเมินผลสภาพแวดล้อมภายนอกอย่างชัดเจน						
26.	วิเคราะห์ถึงความพร้อมระบบส่งต่อผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ						
27.	เปิดช่องทางการรับฟังเสียงสะท้อนจากผู้ใช้บริการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้มากขึ้น						
28.	วิเคราะห์ความเหมาะสมของค่ารักษาพยาบาล						
29.	วิเคราะห์ผลกระทบของการขยายการบริการของโรงพยาบาลใกล้เคียงต่อการจัดบริการในโรงพยาบาล						
30.	วิเคราะห์การทำ contract ระหว่างองค์กรเอกชน						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์					
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)
การกำหนดกลยุทธ์							
31.	วิเคราะห์ความได้เปรียบขององค์กรเมื่อเทียบกับคู่แข่งกับโรงพยาบาลอื่น						
32.	วิเคราะห์ความสอดคล้องและครอบคลุมของการบริการของโรงพยาบาลกับความต้องการของผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ						
33.	วิเคราะห์ความจำเป็นของการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการให้บริการเพื่อให้บริการบริการที่รวดเร็วและทันสมัย						
34.	วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการสร้างนวัตกรรมเพื่อดึงดูดผู้ใช้บริการกลุ่มต่างๆ						
35.	วิเคราะห์ระบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และ ข้อมูลทั่วไปของโรงพยาบาลทางสื่อต่างๆรวมทั้งทางอินเทอร์เน็ตสำหรับผู้ให้บริการต่างชาติมากขึ้น						
36.	วิเคราะห์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยต่างวัฒนธรรม						
37.	วิเคราะห์โอกาสสร้างวัฒนธรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้						
38.	วิเคราะห์ความเป็นไปได้ในการนำวิถีไทยเป็นทางเลือกอย่างหนึ่งในการรักษาพยาบาล						
39.	วิเคราะห์ความเข้มแข็งของกระบวนการบริการด้านหน้า						

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์						
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)	มากที่สุด (5)
40.	วิเคราะห์คุณภาพชีวิตการทำงาน ของบุคลากร							
41.	วิเคราะห์การประสานงานกับ บริษัทประกันชีวิตของ ผู้ให้บริการ							
42.	วิเคราะห์ระดับพฤติกรรมบริการ บริการว่าเทียบเท่าระดับที่เป็น เลิศ							
43.	วิเคราะห์ทักษะของบุคลากร ภายในโรงพยาบาลในการ นำเสนอผลงานเป็นภาษาอังกฤษ							
44.	วิเคราะห์ทักษะการติดต่อสื่อสาร ผ่านเทคโนโลยีที่ทันสมัยของ บุคลากรภายในโรงพยาบาล							
45.	ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทักษะการรักษาพยาบาลกับ โรงพยาบาลที่มีคุณภาพสูงกว่า เช่นระดับประเทศ ระดับ นานาชาติ หรือ ระดับ โลก เป็น ต้น							
46.	ส่งเสริมการใช้หลักฐานเชิง ประจักษ์ในการรักษาพยาบาล							
47.	กลยุทธ์การขยายบริการให้ เหมาะสมกับผู้ให้บริการกลุ่ม ใหม่							

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์						
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)	มากที่สุด (5)
48.	จัดทำป้ายแนะนำขั้นตอนการรับบริการ แนะนำสถานที่และป้ายบอกทางด้วยภาษาต่างๆ							
49.	ให้ความสนใจในการจดลิขสิทธิ์การดูแลวิถีไทย							
50.	จัดการดูแลรักษาพยาบาลให้สอดคล้องกับความหลากหลายทางวัฒนธรรมของผู้ใช้บริการ							
51.	จัดสถานที่ปฏิบัติกิจศาสนาเพื่อการเยียวยาผู้ใช้บริการและญาติได้ตรงตามหลักศาสนา							
52.	กลยุทธ์การส่งเสริมความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ							
53.	กลยุทธ์การส่งเสริมความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย							
54.	กำหนดกลยุทธ์การพัฒนาทักษะด้านภาษาของบุคลากรทางการพยาบาล							
55.	กำหนดกลยุทธ์การบริหารงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ							
56.	กลยุทธ์การปรับปรุงการบริการให้เป็นเลิศ							
57.	การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตรระหว่างโรงพยาบาลกับหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน							

ข้อที่	คำถาม	ระดับความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์						
		มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)	ไม่แน่ใจ (0)	มากที่สุด (5)
	ในประเทศ							
58.	การพัฒนาเครือข่ายพันธมิตร ระหว่างโรงพยาบาลกับ หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ระหว่างประเทศ							

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผศ. ดร. จิตติณัฐ อัครกะเคชอนันต์ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการบริหารการพยาบาล
สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
2. รศ.ดร.ผจงศิลป์ เฟิงมาก อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นายแพทย์เจษฎา จงไพบุบย์ พัฒนะ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

ภาคผนวก ก

ขอเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย

เรื่อง การคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ และความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล

เรียน หัวหน้าพยาบาลที่นับถือ

คณะผู้วิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอชี้แจงโครงการวิจัยที่กำลังทำอยู่ เพื่อศึกษาการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ และความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนของผู้อำนวยการ โรงพยาบาลและหัวหน้าพยาบาล ถ้าท่านตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ ท่านจะถูกถามข้อมูลทั่วไปและการตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับการคาดการณ์ผลกระทบของประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่อการบริการสุขภาพ และความตั้งใจในการจัดทำแผนกลยุทธ์เพื่อรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน

ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับ

ประโยชน์ที่ได้รับโดยตรง คือ การพิจารณาเตรียมการรองรับประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนที่สอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลท่านในปี 2558

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ตำแหน่งและชื่อโรงพยาบาลของท่านจะถูกแยกจากแบบสอบถาม ผู้อื่นไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลในแบบสอบถามกับตำแหน่งของท่านได้และจะถูกเก็บมิดชิด ไม่มีผู้ใดเข้าถึงข้อมูล การป้อนข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลจะดำเนินการในภาพรวม ไม่มีการระบุตำแหน่งและชื่อ โรงพยาบาลของท่านในรายงานการศึกษา

ความสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

การเข้าร่วมโครงการนี้เป็นความสมัครใจ การปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะไม่มีผลใดๆต่อท่าน ไม่ว่าท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมโครงการหรือไม่ก็ตาม ท่านสามารถหยุดการเข้าร่วมโครงการ ปฏิเสธการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลาอย่างอิสระ

การติดต่อและคำถาม

ท่านสามารถซักถามข้อสงสัยได้ทั้งในขณะนี้หรือภายหลังที่หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นนุช บุญยัง คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทรศัพท์ 074-286545 หรือ 089-8765-998 และคณะกรรมการประเมินจริยธรรมงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

(ผศ.ดร.นนุช บุญยัง)

หัวหน้าโครงการวิจัย

คำยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ดิฉันหรือกระผม ได้อ่านข้อความทั้งหมด และได้รับคำตอบในข้อสงสัย ดิฉันหรือกระผม ยินดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้

ลายเซ็นผู้เข้าร่วม โครงการ.....วันที่.....